



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
de la santé et des services sociaux**

**Le mercredi 3 février 2010 — Vol. 41 N° 23**

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2)

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Yvon Vallières**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des relations avec les citoyens	25,00 \$
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec  
Distribution des documents parlementaires  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec, Qc  
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754  
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 3 février 2010 — Vol. 41 N° 23

### Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (ASSS—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine)	1
Documents déposés	33
Agence santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean (ASSS—Saguenay—Lac-Saint-Jean)	33
Document déposé	67

### Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Pascal Bérubé  
Mme Danielle Doyer  
M. Bernard Drainville  
M. Germain Chevarie  
M. Gilles Lehouillier  
M. Gerry Sklavounos  
M. Alexandre Cloutier

\* M. Gilles Pelletier, ASSS—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine  
\* M. Christian Bernier, idem  
\* M. Claude Mercier, idem  
\* Mme Manon Dufresne, idem  
\* Mme Martine Couture, ASSS—Saguenay—Lac-Saint-Jean  
\* M. Donald Aubin, idem  
\* M. Gilles Simard, idem  
\* M. Bruno Dahl, idem

\* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 3 février 2010 — Vol. 41 N° 23

**Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux  
dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion  
conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2)**

*(Neuf heures trente-cinq minutes)*

**Le Président (M. Kelley):** À l'ordre, s'il vous plaît! Bonjour. Je constate quorum des membres de la Commission de la santé et des services sociaux, donc je déclare la séance ouverte en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspé et des Îles-de-la-Madeleine dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion 2005-2006 à 2008-2009 en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Doyer (Matapédia) remplace M. Gauvreau (Groulx); M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Merci beaucoup. Alors, bienvenue. Juste une courte mise en scène. La loi sur la santé et des services sociaux oblige cette commission d'entendre les agences au moins sur trois ans. Alors, on essaie toujours de rencontrer le tiers des agences par année pour mieux comprendre vos enjeux, vos défis, vos réussites, vos problèmes. Alors, c'est vraiment un exercice de mieux comprendre la livraison des services de santé et des services sociaux sur les territoires des agences au Québec. Alors, le format est relax. On est ici dans l'ancienne salle de Conseil des ministres, à l'époque de M. Duplessis. Alors, on voit les images de tous les anciens premiers ministres du Québec autour de nous. Oui, il y en avait un qui était le député de Jacques-Cartier, qui se trouve dans ce coin-là. M. Mousseau avait une courte carrière...

**M. Bérubé:** Il y a deux Gaspésiens.

**Mme Doyer:** Il y a des Gaspésiens, oubliez-le pas.

**M. Bérubé:** ...né à Percé...

**Mme Doyer:** René Lévesque.

**M. Bérubé:** ...et René Lévesque, né à Campbellton mais élevé à New Carlisle.

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Alors, il y a deux Gaspésiens. Merci beaucoup, M. le député de Matane, pour cette précision.

**Mme Doyer:** Il est né où, le vôtre?

**M. Bérubé:** Il est né à Percé.

**Le Président (M. Kelley):** Un des... le monsieur...

**M. Drainville:** Vous, c'est M. Mousseau?

**Le Président (M. Kelley):** M. Mousseau, oui.

**M. Drainville:** C'est le quatrième.

**Mme Doyer:** Le quatrième.

**Le Président (M. Kelley):** Oui, qui était pris dans un scandale concernant la construction de cet édifice, et John A. Macdonald a dû le nommer juge à Rimouski d'une façon... très rapidement pour s'en débarrasser.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Kelley):** Alors, c'est une courte carrière pour le député de Jacques-Cartier à l'époque. Mais il était premier ministre au moment où des contrats ont été octroyés pour la construction de cet édifice. Alors, fin de la leçon d'histoire pour ce matin.

**M. Drainville:** Je n'ose pas vous demander, M. le Président, si vous souhaiteriez finir votre carrière comme juge.

**Le Président (M. Kelley):** Je pense qu'il faut être avocat, hein?

**Mme Doyer:** À Rimouski.

**M. Drainville:** Je pense que vous...

**Le Président (M. Kelley):** Il faut être avocat, je pense, un critère...

**M. Drainville:** ...je serai hors d'ordre, hein? Vous pouvez juger que ma question est hors d'ordre, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Et je peux noter que M. Mousseau était un conservateur. Alors, sur ça...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Kelley):** Un bleu.

**Auditions (suite)**

Alors, sur ça, on va retourner à notre ordre du jour, mais le format, c'est vraiment une trentaine de minutes de présentation de votre part, suivie par un échange avec les membres de la commission. Alors, sans plus tarder, M. Pelletier, la parole est à vous.

**Agence de la santé et des services  
sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine  
(ASSS—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine)**

**M. Pelletier (Gilles):** Merci beaucoup. M. le Président de la Commission de la santé et des services

sociaux, Mmes, MM. les parlementaires et membres de la Commission de la santé et des services sociaux, mon nom est Gilles Pelletier et, à titre de président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, j'ai le plaisir de m'adresser à vous dans la cadre de cette reddition de comptes devant la commission parlementaire.

D'entrée de jeu, je vous présente l'équipe de direction qui m'accompagne aujourd'hui: Mme Connie Jacques, qui est directrice des services sociaux et communautaires; Mme Manon Dufresne, qui est directrice de la coordination et des ressources humaines; le Dr Christian Bernier, directeur de la santé publique; le Dr Claude Mercier, directeur régional des affaires médicales et de la santé physique; M. Yves Whittom, directeur des ressources matérielles, financières et informationnelles; et M. René Bouchard, qui est chef du Service des communications à l'agence.

Cette audition devant la Commission de la santé et des services sociaux est une occasion pour vous de nous entendre et d'échanger sur le bilan de nos activités de 2005 à 2008. Mais sachez que, pour nous, il s'agit aussi d'un exercice important puisqu'il nous permet de vous entretenir des défis, des enjeux ou encore des préoccupations que nous avons comme région et comme organisation régionale qui travaille jour après jour avec ses partenaires du réseau public, communautaire et du milieu intersectoriel à offrir à la population et aux usagers des services accessibles, continus et de grande qualité.

Nous sommes convoqués pour rendre compte de nos réalisations des trois dernières années et du bilan des ententes de gestion et d'imputabilité. Vous avez sûrement eu l'occasion de prendre connaissance et de consulter les rapports annuels de ces trois années, et il nous fera plaisir d'échanger avec vous sur les différents sujets.

● (9 h 40) ●

Notre objectif dans le cadre de la présentation de ce matin est de vous sensibiliser à l'environnement dans lequel évolue notre organisation. Nous avons la chance de vivre et de travailler dans une région formidable, caractérisée par la beauté de son paysage, la chaleur et le dynamisme des gens qui y habitent. Cependant, les réalités aux plans socioéconomique et démographique nous interpellent et nous préoccupent comme organisation vouée à la santé et aux services sociaux qui a à coeur le développement de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

Mais, tout d'abord, permettez-moi, M. le Président, de vous décrire brièvement notre région et de vous dresser un portrait sommaire de notre réseau de même que de notre agence.

La Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est constituée d'une péninsule et d'un archipel qui s'étend sur 20 272 km<sup>2</sup> dont plus de 600 km de côte. Bordé par la mer, ce vaste territoire comprend 43 municipalités ainsi que deux réserves indiennes: Listuguj, qui compte 1 500 habitants, et Gesgapegiag, qui en compte 500. Selon l'Institut de la statistique du Québec, 94 729 personnes habitent la région, ce qui représente 1,2 % de la population du Québec, dont approximativement 81 000 vivent en Gaspésie et 13 000 aux Îles-de-la-Madeleine. De ce nombre, environ 9 % est d'expression anglaise.

Bien que nous ayons une population vieillissante, nous pouvons noter des signes encourageants depuis le milieu des années 2000. D'une part, les prévisions de

diminution démographique substantielle font maintenant place à une stabilisation de la population, qui restera semblable à ce que l'on connaît aujourd'hui, pour les 20 prochaines années, si la tendance demeure la même. De plus, le nombre de naissances depuis 2006 est en hausse constante. Sans dire que nous assistons à un baby-boom, cette augmentation contribue à dynamiser nos communautés et à entrevoir l'avenir avec optimisme.

La région compte par ailleurs cinq MRC, à savoir la MRC de La Haute-Gaspésie, la MRC de La Côte-de-Gaspé, la MRC de Bonaventure, la MRC du Rocher-Percé, la MRC d'Avignon, en plus des Îles-de-la-Madeleine. Chacun de ces territoires a une culture et ses propres particularités, ce qui nous oblige à tenir compte de ces différences dans l'organisation de nos services.

L'Agence de la santé et des services sociaux dispose de 90 employés, répartis dans cinq directions. En plus de la présidence-direction générale, nous retrouvons la Direction des affaires médicales et de santé physique, la santé publique, les services sociaux et communautaires, la coordination et les ressources humaines et enfin la Direction des ressources matérielles, financières et informationnelles.

En termes d'organisation de services, la région comprend cinq territoires de réseaux locaux, dans lesquels on retrouve cinq centres de santé et de services sociaux, situés sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine, du Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs, de la Côte-de-Gaspé et de la Haute-Gaspésie, offrant différents services, que ce soit dans les hôpitaux, en CLSC ou en centre d'hébergement.

Nous retrouvons également deux établissements régionaux, soit le Centre jeunesse Gaspésie-Les Îles et le Centre de réadaptation de la Gaspésie, qui a une mission DP, DI et TED, qui déploient leurs services dans chacun de ces territoires. Mentionnons que la mission régionale en dépendance est confiée à un centre de santé et de services sociaux, en l'occurrence celui de la Haute-Gaspésie, et que les services en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, aux Îles-de-la-Madeleine, sont confiés au centre de santé de l'endroit. D'ici peu, le Centre de santé du Rocher-Percé aura le mandat d'assurer les services spécialisés d'évaluation et de traitement auprès d'auteurs d'agressions sexuelles à l'intérieur d'un établissement carcéral situé à Percé. Un programme unique en son genre au Québec.

De plus, mentionnons que 106 organismes communautaires sont reconnus par l'agence et offrent des services dans les neuf différents programmes-services. Ces organismes jouent un rôle essentiel au sein de nos territoires, et l'agence y injecte près de 12 millions annuellement.

Les travaux entourant les stratégies budgétaires ont mené à l'élaboration d'un cadre de financement qui inscrit un principe d'accélération de financement aux organismes qui ont un rattrapage à faire au plan budgétaire.

Des milieux comme le nôtre ont besoin de l'apport de ces précieux partenaires. Évidemment, nous ne pouvons répondre à la hauteur de leurs exigences, mais nous reconnaissons cependant un certain écart dans leur financement. La collaboration qui s'est installée au fil du temps est empreinte de respect des rôles et des responsabilités de chacun. Il nous apparaît clair que, sans la contribution de ces organismes, l'organisation régionale de services serait amputée d'une lecture importante de la réalité de nos communautés locales et, en conséquence, d'ajustements parfois nécessaires dans les décisions à prendre.

La santé de la population gaspésienne et madelinienne s'est améliorée à bien des égards depuis les dernières décennies, mais des problèmes persistent et demeurent une préoccupation. D'abord, au chapitre des améliorations, les données les plus récentes indiquent des gains considérables au cours des dernières décennies relativement à l'espérance de vie et à la mortalité infantile, au niveau de la scolarité de la population, au taux de fécondité chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, au tabagisme et à la mortalité par maladies circulatoires.

On constate aussi que les femmes de la Gaspésie et des Îles peuvent espérer vivre aussi longtemps que les Québécoises. D'ailleurs, pour cette période triennale, on observe que les Gaspésiennes et Madelinienues ne meurent pas davantage de cancers et de maladies circulatoires que les Québécoises du même âge et décèdent même moins de maladies respiratoires. De leur côté, les Gaspésiens et Madelinots ne meurent pas plus de maladies circulatoires ni de maladies respiratoires que les Québécois, mais décèdent par ailleurs davantage de cancers que leurs homologues provinciaux, notamment de cancers pulmonaires. Cela se traduit par une espérance de vie de 1,6 an inférieure à celle des Québécois.

Il se dégage par ailleurs que plusieurs problèmes menacent encore la santé et le bien-être de la population. On pense ici plus particulièrement à la prématurité, à la maltraitance infligée aux jeunes de moins de 18 ans, au nombre encore important de jeunes mères peu scolarisées qui sont seules à élever leurs enfants, à tous ces jeunes qui entrent au secondaire avec un retard de cheminement scolaire, aux crimes commis en contexte conjugal envers les femmes ainsi que les infractions sexuelles envers les jeunes filles de moins de 18 ans. Également, bien que la majorité de la population considère sa santé mentale très bonne ou même excellente, le haut taux de suicide des hommes de la région demeure une préoccupation. La problématique de l'obésité aussi mérite une attention particulière.

En somme, ces quelques constats traduisent l'importance de continuer à se soucier des problèmes de développement et d'adaptation sociale des enfants, mais aussi de ceux des adultes, et à investir les efforts nécessaires à leur prévention.

Au niveau du vieillissement de la population, mentionnons d'abord qu'entre 1981 et 2006 la population gaspésienne et madelinienne n'a cessé de décroître. Or, comme nous le disions un peu plus tôt, les dernières projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec basées sur les données de 2006 sont plutôt encourageantes, puisqu'une stabilité de la population régionale est anticipée pour les 20 prochaines années. Cela dit, la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine poursuivra son vieillissement. Actuellement, en 2006, 17,4 % de la population est âgée de 65 ans et plus, et on prévoit, selon les projections les plus récentes, que ce pourcentage s'établira à 34,3 % en 2026. Au Québec, la population vieillit, mais à un rythme moins rapide. De 14 % en 2006, la proportion des aînés passera à 23,4 % en 2026.

Ce phénomène démographique qu'est le vieillissement aura bien sûr pour conséquence d'augmenter l'ampleur de certains problèmes de santé, dont les maladies chroniques, les fractures et la maladie d'Alzheimer, et exercera une pression supplémentaire sur notre système de soins. Le vieillissement de la population constitue donc un défi de taille auquel nous devons faire face.

Par contre, il est loin d'être l'unique facteur à l'origine des problèmes de santé qui confrontent notre population et ne devrait donc pas nous faire perdre de vue tous les autres facteurs qui influencent la santé et que nous pouvons modifier. L'adoption de saines habitudes de vie, de politiques publiques favorables à la santé, le développement économique, l'amélioration de l'accès aux services de santé, à l'éducation, aux logements et aux services de garde pour les plus démunis et l'amélioration de la qualité de l'environnement où ils vivent, pour ne nommer que ceux-là, sont reconnus comme des facteurs d'influence plus importants encore que le vieillissement et sur lesquels, par surcroît, nous avons le pouvoir d'agir.

M. le Président, nous souhaiterions aujourd'hui profiter de notre présence pour vous entretenir d'une des facettes dont on parle peu souvent, c'est-à-dire l'organisation des services dans une région comme la nôtre. À l'échelle du Québec, lorsqu'on parle de région éloignée et de milieu rural, on a beaucoup plus tendance à mettre en avant-scène les désavantages de la vie en région que les avantages qui y sont associés.

Bien entendu, l'Agence de la santé et des services sociaux doit travailler avec un réseau grandement dispersé sur le territoire. Dans notre région, desservir 94 000 habitants nécessite cinq hôpitaux, huit urgences 24/7, le déploiement de 28 ambulances, de 37 équipes de premiers répondants, quelque 52 installations que possèdent nos établissements publics de santé et de services sociaux, sans compter les 106 organismes communautaires auxquels je viens de faire référence. Oui, cela a un coût et constitue un défi quotidien d'organisation de services.

● (9 h 50) ●

Des formules parfois plus créatives et originales doivent être inventées pour assurer une couverture de services adéquate. On réalise cependant que ces modèles deviennent parfois des atouts pour attirer et retenir le personnel. Prenons à titre d'exemple l'unité mobile d'imagerie par résonance magnétique que nous avons mise en place avec le ministère et nos établissements et qui fait en sorte que chacun des milieux est visité par ce service mobile. Chacun des centres de santé a son équipe de base et est en mesure de rendre le service à proximité. Nous avons vraiment travaillé en fonction d'une adaptation de la réalité de notre milieu en faisant déplacer l'équipement plutôt que la population et en allant visiter chacun des milieux, y compris les Îles-de-la-Madeleine. Donc, à compter d'un horaire établi sur une base annuelle, nous avons, depuis 2007, une couverture de services optimale qui permet d'enrayer des listes d'attente et, plus encore, qui évite à notre population de franchir de grandes distances pour obtenir ce genre de services.

Nous devons aussi travailler de manière plus convaincante dans le domaine des télécommunications et des technologies d'information. Nous pouvons, par une foule de moyens, rehausser la quantité et la qualité de nos services en créant des liens avec des équipes d'experts logés dans des grands centres en support à nos professionnels. Nous sommes actuellement à terminer la planification du déploiement de services d'hémodialyse, qui ne pourraient se faire sans la contribution des néphrologues, qui seront en lien avec nos spécialistes en médecine interne. Nos travaux avec le RUIS-Laval nous permettent d'avoir ce type de projet. Cela aura sans doute encore des effets positifs sur notre population, car les personnes atteintes doivent parfois quitter la région définitivement pour recevoir ces services.

Nous sommes conscients que nous devons travailler de plus en plus fort pour que chacun des territoires de notre région puisse rendre des services à la hauteur des besoins de sa population. Nous nous retrouvons les manches et nous abordons l'avenir avec une attitude positive.

Nous croyons aussi que certaines solutions résident dans un plus grand arrimage avec l'intersectoriel. Nos partenaires des autres ministères peuvent parfois nous prêter main-forte pour franchir des obstacles qui se dressent devant nous, que ce soit dans le secteur de la formation, de l'emploi, du recrutement, de l'application de certains programmes qui ont des impacts sur les déterminants de la santé. Comme vous pouvez le constater, M. le Président, nous croyons que le futur d'une région comme la nôtre, celle de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, réside dans la force qu'elle développe actuellement en se relevant des durs coups subis dans les dernières années et qui l'amène à se définir une place enviable au sein de l'échiquier provincial.

Le Québec d'aujourd'hui ne serait pas ce qu'il est sans l'apport des régions comme la nôtre. Les Fêtes du 475<sup>e</sup> anniversaire de l'arrivée de Cartier sur le continent nord-américain ont mis en lumière les réalisations importantes de la population de la région, c'est certain, mais ce qu'elles ont fait jaillir, c'est un profond attachement d'une population à son coin de pays. Le rayonnement de ce que vient de vivre Gaspé, l'année dernière, fut une célébration au courage et à la volonté d'occuper ce vaste territoire et de poursuivre son développement.

En ce qui concerne les ressources humaines, l'apport du réseau de la santé et des services sociaux dans ce domaine n'est pas négligeable. Que l'on pense uniquement au fait qu'avec ses 3 000 employés nous représentons l'employeur le plus important de la région avec tout ce que cela implique en guise de retombées sociales et économiques. Nous pouvons compter sur du personnel dévoué et attentionné. C'est la base sur laquelle s'appuie notre réseau. Il en a encore fait preuve lors de la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), alors que plus de 73 % de la population de la région a été vaccinée. De plus, le taux de satisfaction à leur égard par la population est sans contredit le plus élevé au Québec, selon le dernier sondage de l'Institut de la statistique du Québec.

Il faut cependant penser à la relève, aux stratégies d'attraction, de recrutement et de rétention du personnel de la santé dans un contexte où la pénurie de personnel se fait sentir dans plusieurs secteurs d'activité, notamment en santé et en services sociaux. Nous venons d'ailleurs de nous doter d'une stratégie régionale de main-d'oeuvre qui vise à renforcer nos efforts d'attraction pour assurer la pérennité de notre système en misant sur des actions novatrices adaptées aux réalités de notre région ainsi que sur l'arrivée sur le marché du travail de nouvelles générations de travailleurs. Plus encore, la révision de nos façons de faire doit nous amener à mieux utiliser notre main-d'oeuvre et à nous assurer que les compétences de nos personnes soient utilisées à l'optimum. Il existe encore dans notre région des gains à faire en performance.

Ainsi, il faut faire en sorte que nos travailleurs soient valorisés dans le cadre des collaborations interdisciplinaires où chacun joue son rôle auprès de l'utilisateur; en somme, la bonne personne au bon moment et au bon endroit. Ces personnes sont nos relayeurs, nos ambassadeurs qui assureront l'attraction et la rétention de la relève. Notre région demeure vulnérable quant à la rareté de la

main-d'oeuvre en soins infirmiers, en réadaptation et en pharmacie.

En ce qui a trait à la situation financière régionale, la situation financière de nos établissements publics est un souci constant. Pour quelques-unes de ces organisations, la situation est précaire et nécessite l'adoption de plan de redressement. Nous croyons que ce n'est pas prioritairement une question de financement supplémentaire mais plutôt de façons de faire qui doivent être revues. Le retour à l'équilibre budgétaire passe, entre autres, par des changements dans l'organisation du travail et la révision des processus et des services. Certains établissements ont déjà fait ces modifications sans toucher l'accessibilité, la continuité ou la qualité des services, et cela a même favorisé le développement de services moins lourds et mieux adaptés.

L'équilibre budgétaire est possible sans pour cela compromettre les services à la population. Il existe cependant des zones de fragilité. Nous avons peu d'emprise sur les coûts des médicaments ou les frais pour le déplacement des usagers, par exemple. Une seule hausse de l'un de ces postes budgétaires ou une augmentation subite des cas en assurance salaire peut facilement faire la différence entre un surplus et un déficit. Nous travaillons donc étroitement avec les organisations en place afin d'assurer les suivis de la situation globale, mais aussi sur des éléments qui peuvent permettre certains virages essentiels et un retour à l'équilibre financier.

Au chapitre de l'organisation des services, nous menons différents chantiers, et ce, dans la grande majorité des programmes. Notre principal objectif est d'atteindre une meilleure intégration des différents services en mettant à contribution les partenaires concernés par l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Nous adopterons bientôt notre planification stratégique 2010-2015, et, à la base de nos discussions, on retrouve évidemment cette préoccupation d'intégration mais aussi l'ouverture à explorer des nouveaux modèles d'organisation qui correspondent aux besoins d'aujourd'hui et de demain, et ce, sur un vaste territoire comme celui de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Par exemple, le vieillissement de la population et le changement de culture font en sorte que les gens ne veulent plus terminer leurs jours en institution mais auprès des membres de leur famille et dans leur communauté. La reconfiguration de notre offre de services met l'emphase sur le développement de ressources adaptées à une clientèle en plus grands besoins dans la communauté. De plus, le développement d'approches novatrices et des partenariats permet de bonifier notre offre de services à domicile afin de maintenir ces personnes dans leur milieu.

Cette année, nous mettrons en place de nouveaux services pour répondre aux besoins de la population. L'ouverture d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive permettra à la clientèle de recevoir des services dans la région. De plus, la mise en place d'un programme intégré en négligence dans chacun des territoires de réseaux locaux permettra une adaptation de nos services afin de mieux répondre aux jeunes et à leurs familles.

Cela m'amène également à parler de la certification des résidences privées. À l'heure actuelle, 84 % des résidences sont certifiées. Bien qu'essentielle, l'opération exigeait un très gros effort auprès de nos résidences privées, puisque nous avons dû les aider et les supporter intensément pour compléter la démarche de certification, avec

comme effet que certaines ont dû fermer leurs portes, puisque la démarche était trop lourde pour elles. Avec seulement quelques personnes âgées sous leur toit, il était difficilement viable pour elles de se lancer dans une opération visant à se conformer aux exigences et aux normes.

L'offre de service médical dans la région s'est améliorée depuis les dernières années. Nos plans d'effectifs médicaux sont comblés à 80 %, autant en omnipratique qu'en spécialité. La région dispose de trois groupes de médecine de famille, les GMF, accrédités: Sainte-Anne-des-Monts, Gaspé et les Îles-de-la-Madeleine, qui bientôt ouvrira ses portes, de deux unités de médecine familiale, Gaspé et Maria, qui permettent à de jeunes médecins de venir pratiquer dans un contexte d'enseignement et de découvrir la pratique en région.

La région commence à récolter les fruits d'un énorme travail de concertation face à une opération de recrutement continu. La Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine attire une large part des nouveaux médecins annuellement, et ce, à travers une pénurie de finissants à l'échelle du Québec. Nous avons réussi au fil des dernières années à augmenter de 10 % à 12 % le nombre de médecins dans notre région. À l'heure actuelle, nous disposons de 150 médecins omnipraticiens sur une possibilité de 189 et de 78 spécialistes sur une possibilité de 99. Pour vous donner un aperçu des efforts de recrutement, pour les années 2009 et 2010, nous misons sur l'arrivée de 44 nouveaux médecins, alors que le nombre de départs est de 15, un bénéfice net de tout près de 30 médecins en deux ans. Mais la partie n'est pas gagnée, puisqu'il demeure une disparité entre nos différents territoires. Que l'on songe notamment à la Haute-Gaspésie, où nous disposons d'à peine 50 % des effectifs requis en omnipratique. Cette situation entraîne des ruptures et ne permet pas d'assurer certains services que nous considérons de base, tel que le service d'obstétrique, interrompu depuis maintenant deux ans.

Pour rétablir un tel service, nous avons besoin d'un milieu médical fort et dynamique qui permettra d'assurer un service permanent aux femmes de ce territoire. Le retour des suivis de grossesse en Haute-Gaspésie est un premier pas vers une reprise éventuelle du service, mais cela ne doit pas s'arrêter là. C'est pourquoi nous nous sommes dotés d'un plan d'action particulier pour ce territoire. Nous voulons éviter un effritement des services au profit d'autres régions, puisque chaque service qui disparaît contribue à fragiliser notre milieu et à freiner notre développement, en plus d'exiger à notre population des centaines de kilomètres pour obtenir des services qu'ils pourraient recevoir dans leur propre milieu.

● (10 heures) ●

Mais, pour arriver à redynamiser ce secteur, nous ne pouvons travailler seuls. Il importe de s'assurer la collaboration de tous les acteurs du milieu pour que nous travaillions tous dans le même sens pour créer un climat favorable au recrutement des médecins et autres travailleurs de la santé et, en conséquence, de créer un tissu social plus solide.

Enfin, je m'en voudrais de passer sous silence le rôle d'une instance régionale dans une région comme la nôtre. Encore tout dernièrement, l'organisation des cliniques de vaccination massive dans le cadre de la grippe A(H1N1) et les résultats obtenus ont confirmé l'importance d'un lieu décisionnel près de nos établissements et le plus près possible de notre population. La coordination, la concertation et

la mobilisation du réseau et du milieu sont des défis que nous ne devons... que nous nous devons de relever au quotidien comme agence et qui ont tous leur importance, particulièrement lorsque vient le temps de définir une planification régionale et de déterminer nos orientations et nos façons de faire qui nous sont propres.

Notre responsabilité a évolué et dépasse largement l'organisation des services mais exige l'établissement de partenariats et d'alliances entre les différents ministères et les partenaires intersectoriels régionaux. Je vous remercie, M. le Président, et je suis maintenant disposé à répondre à vos questions.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. Pelletier, pour ce survol rapide de toutes vos activités sur quelques années. Je sais que ce n'est pas un défi facile, mais je pense que vous avez mis la table pour une période d'échange avec les membres de la commission. Alors, la première personne qui a demandé d'intervenir, c'est le député des Îles-de-la-Madeleine, qui, je pense, a un certain intérêt dans ces sujets, une certaine connaissance aussi. Alors, M. le député.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Très heureux à mon tour d'accueillir les représentants de l'agence de la santé et des services sociaux à l'Assemblée nationale, évidemment votre Assemblée nationale également. Je profite aussi de l'occasion pour saluer la contribution et l'implication de l'agence de santé dans le défi de la vaccination H1N1, également les établissements de santé et de services sociaux, particulièrement les CSSS. Je pense que vous avez relevé le défi de cette campagne nationale de vaccination avec brio et je suis très fier de vous, très fier de l'agence, très fier des représentants des CSSS.

Ma première question va être plus d'ordre général, puis après ça on ira avec des questions un peu plus détaillées ou pointues. Bon. Je pense que, M. Pelletier, vous l'avez très bien exposé, le réseau de la santé et des services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine est impliqué dans une région qui présente de nombreux défis tant par sa situation géographique, complètement à l'est du Québec, la dispersion de la population sur le territoire, une grande région qui est presque un pays, les Îles-de-la-Madeleine qui sont complètement en plein centre du golfe du Saint-Laurent et qui ont quand même une population de 13 000 habitants. Alors, vous êtes confrontés évidemment à ces différentes contraintes en plus de coordonner un réseau de services qui est multiple, complexe et diversifié. J'aimerais ça que vous disiez aux membres de la commission comment est-ce qu'on réussit à y arriver, parmi toutes les commandes ou tous les besoins au niveau de la population, et quelle est votre appréciation de cette performance-là?

**Le Président (M. Kelley):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Gilles):** D'abord, merci, M. Chevarie, pour... d'avoir souligné les efforts qui ont été consentis dans la grippe A. Je pense qu'effectivement, pour la région, c'est un très beau succès. Le dévouement, je veux dire, des employés, pendant cette période-là a fait en sorte qu'effectivement, comme région, on a été évalués comme la plus performante au Québec, et on en est très fiers. On l'a souligné d'ailleurs à tous nos établissements.

**M. Drainville:** Vous avez été évalués performants, l'agence?

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Pour la couverture, pour la couverture pour la région.

**M. Drainville:** Ah! pour la H1N1.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, la H1N1. Oui, tout à fait. Donc, écoutez, la question que vous me posez est très intéressante, parce qu'on peut parler à ce moment-ci de l'approche que nous avons au niveau de la région, c'est-à-dire une approche de proximité. On pense, nous, qu'il y a effectivement, dans une région comme celle de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, des gains intéressants qui se font sous l'angle de la proximité, c'est-à-dire qu'on a des relations très étroites avec nos centres de santé, avec tous nos établissements, les établissements régionaux aussi. Les maillages qui se font dans un tel contexte nous permettent effectivement de pouvoir compter sur des résultats qui parfois nous semblent inatteignables, mais, par le dévouement, par aussi l'esprit de collaboration qui s'est toujours développé au sein de ce réseau-là, parfois on réussit à franchir des barrières qu'on ne s'imaginait pas être en mesure de franchir.

On a aussi, depuis les dernières années, essayé de développer des modèles qui sont beaucoup plus adaptés aux réalités de nos régions. Je parlais tout à l'heure de tout le volet d'adaptation de services à nos communautés éloignées. Je parlais, entre autres, du projet d'imagerie par résonance magnétique, où je mentionnais qu'on avait bâti avec le ministère et en collaboration avec nos établissements... Parce que tous nos établissements sont propriétaires de l'appareil. Donc, on a travaillé à la mise en place de ce projet-là de façon conjointe, et ce que ça a donné comme résultat, bien c'est que ça a éliminé à peu près toutes nos listes d'attente. La population n'a plus à se déplacer. Donc, c'est des exemples qui font en sorte que la proximité, je veux dire, avec nos citoyens est beaucoup plus grande, et il y a une satisfaction qu'on perçoit là.

On a aussi, depuis 1997-1998, pris un virage important au niveau du soutien à domicile. Et, si vous avez pris connaissance de nos résultats en soutien à domicile, vous verrez que, peu importe le programme, on a largement dépassé les cibles de 2010. Donc, ce souci-là d'essayer de maintenir le plus longtemps possible les gens dans leurs communautés, les garder actifs dans leurs communautés, ça a toujours été pour nous une préoccupation importante.

Et on a adapté, toujours, nos services en fonction de la réalité de nos territoires. On a encore beaucoup de travail à faire, mais ce qu'on a à faire principalement, c'est de consolider cette approche-là qu'on a et de faire en sorte aussi qu'on puisse utiliser, je veux dire, les services les moins lourds et garder, je veux dire, vraiment au bon moment au bon endroit les services les plus lourds.

Donc, c'est comme ça qu'on essaie de constituer dans notre région nos services à la population. Et je vous dirais que, oui, il y a un coût à payer pour ça, parce que huit urgences sur un territoire comme le nôtre, 24/7, ça veut donc dire, oui, un bon nombre de médecins employés à couvrir les services à l'urgence, mais en même temps c'est souvent le prix à payer pour pouvoir garder des régions comme la nôtre bien vivantes.

**M. Chevarie:** Vous parlez d'une approche, une relation de proximité avec la population du territoire. Vous avez aussi exprimé le dossier de la résonance magnétique comme un coup dont vous êtes extrêmement fiers. Et effectivement — j'étais directeur général dans le temps au CSSS aux Îles-de-la-Madeleine, puis je pense que ça... — un dossier comme celui-là démontre, je dirais, l'innovation et la recherche de nouvelles idées ou de nouvelles façons de faire pour adapter les services et rendre les services accessibles dans nos communautés. Parce que c'était tout un dossier, d'abord, de concertation avec les autres établissements et avec vous autres, et défendre ce dossier-là au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Est-ce que vous avez d'autres dossiers dont vous êtes particulièrement fiers de nous parler? Et peut-être un autre volet, c'est au niveau de la... Quelle est votre lecture au niveau de la... de la satisfaction de la population par rapport à l'ensemble des services offerts par les établissements sous la coordination de l'agence?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, écoutez, vous êtes sans doute au courant qu'en 2008 nous avons eu un sondage à l'échelle du Québec dans lequel on faisait état de la satisfaction, du taux de satisfaction des usagers en rapport avec les services qui étaient offerts au sein des établissements du réseau. Et, là aussi, nous avons eu les résultats les plus importants du Québec, où la population a manifesté un taux de satisfaction de plus de 95% pour tous les services reçus, tant au niveau des centres hospitaliers que des CLSC.

Évidemment, on ne pouvait pas, là-dedans, inclure, comme les autres régions du Québec, les cliniques privées, parce que, chez nous, ce n'est pas nécessairement une donnée qui... ou un élément qui est très, très présent. Cependant, ce qui était fort intéressant à l'intérieur de ce sondage-là, c'est que, contrairement aux autres sondages qu'on avait eus antérieurement dans le réseau, ce sondage-là était passé particulièrement auprès des clientèles qui avaient utilisé dans les six derniers mois les services auprès du réseau, dans le réseau de la santé et des services sociaux, donc dans les établissements. Et là on s'apercevait qu'il y avait un haut taux de satisfaction qui était manifesté par cette population-là.

Donc, au niveau... que ce soit au niveau des attentes, que ce soit au niveau des services reçus, du dévouement du personnel, la considération des professionnels à leur égard, on avait, à ce moment-là, des résultats qui étaient très, très importants, très intéressants aussi, et qui a fait en sorte que ça a eu un certain rayonnement aussi auprès de notre personnel.

● (10 h 10) ●

**M. Chevarie:** Ma prochaine question toucherait le bilan de santé de la population. Peut-être, c'est le Dr Bernier qui va apporter les éléments de réponse à cette question-là. Bon, j'aimerais ça savoir un peu comment est-ce qu'on qualifie le bilan de santé de la population Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine par rapport au Québec, espérance de vie, le tabagisme, bon, vous avez mentionné le taux de suicide qui est quand même relativement élevé, les problèmes de santé mentale. J'aimerais ça avoir votre opinion de façon assez générale, mais peut-être y apporter les nuances qu'il faut par rapport à l'ensemble du Québec.

**M. Pelletier (Gilles):** Si vous le permettez, je pourrais céder la parole au Dr Bernier, mon directeur de

la santé publique, qui saura beaucoup mieux que moi vous donner les nuances qu'il faut.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bernier.

**M. Bernier (Christian):** Alors, de façon récurrente nous traçons, comme vous le savez, des portraits de santé. Alors, de façon générale l'état de santé de la population Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se compare à l'état de santé, de façon générale, de la population du Québec. Bien sûr, il y a des particularités, il y a des points qui sont en notre défaveur, il y en a d'autres qui sont en notre faveur.

Parmi les points en notre défaveur, il y a l'espérance de vie, au niveau des hommes, qui accuse un certain retard par rapport à l'espérance de vie chez les hommes, à la population du Québec, de l'ordre de 1,6 an. On sait que, depuis 25 ans, l'espérance de vie de la population du Québec augmente. Elle augmente également en Gaspésie et aux Îles, mais ce qu'on remarque, c'est qu'il y a toujours un petit décalage avec... entre la Gaspésie et le restant du Québec, et ça, surtout chez les hommes. Donc ça, c'est un trait qui est en notre défaveur.

Par ailleurs, vous avez mentionné les taux...

**M. Chevarie:** Ce qui veut dire que, chez les femmes, c'est similaire?

**M. Bernier (Christian):** C'est similaire, parfois même au-dessus. On a vu... Moi, ça fait 17 ans que je suis directeur de santé publique, donc c'est sûr que ça change, on fait ça aux trois, quatre ans, les portraits de santé. Chez les femmes, on a même vu... Dans la population des Îles, à un moment donné, en 2005, on avait fait... que les femmes vivaient deux ans plus vieilles que les femmes du Québec. Alors, il y a des variations, bien entendu, mais de façon générale l'espérance de vie des femmes est la même que celle des hommes.

En notre défaveur, il y a les taux de suicide, malheureusement, qui... À partir des années 2000, on a vu qu'au Québec et en Gaspésie et aux Îles les taux de suicide ont... C'est-à-dire, dans les débuts des années quatre-vingt-dix... À partir des années 2000, les taux de suicide ont diminué au Québec et, malheureusement, ont continué d'augmenter en Gaspésie et aux Îles, quoique, les deux dernières années, on voit que la courbe se met à redescendre, heureusement. Donc ça, c'est un trait encore en notre défaveur.

Maintenant, il y a des points également qui sont en notre faveur. Je pense, par exemple, aux taux de grossesse précoce chez les adolescentes, alors on a des taux inférieurs; nos taux d'infection, en infections transmises sexuellement, en hépatite C. Sur le plan de l'alimentation, aussi, les gens consomment davantage de fruits et légumes. Ça fait que ça, c'est les bons. On sait que les habitudes de vie sont extrêmement importantes pour les maladies chroniques.

Donc, il y a des... il y a certains indicateurs qui sont en notre défaveur, d'autres qui sont en notre faveur, mais de façon générale l'ensemble des indicateurs se comparent aux indicateurs de la population du Québec.

Maintenant, l'évolution du portrait de santé depuis 25 ans, comme je le disais tantôt, on a... la population de la Gaspésie et des Îles, la population du Québec, donc, vivent plus longtemps. Nos taux de tabagisme diminuent. Il y a...

Les maladies cardiovasculaires ont diminué de moitié. Donc, il y a des choses qui continuent à s'améliorer, et ce, dans les deux populations.

**M. Chevarie:** Est-ce qu'il me reste encore du temps?

**Le Président (M. Kelley):** Oui, oui. Un autre huit minutes.

**M. Chevarie:** O.K. En ce qui concerne les infections nosocomiales, SARM, C. difficile, comment se comporte la région sur cette problématique-là, là, qui est présente un peu partout dans les... particulièrement dans les hôpitaux du Québec, là? Comment se situent nos hôpitaux par rapport à ces problématiques?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, M. Chevarie, nous avons, du côté de nos centres hospitaliers, d'abord des plans d'action qui ont été adoptés partout. On a réussi un excellent contrôle au cours des dernières années. Les épisodes de SARM, de C. difficile ont été contrôlés très rapidement du fait que, dans chacun de nos établissements, on a des équipes, on a des plans d'action, on a des responsables, des infirmières en infectiologie qui sont là et qui sont dédiés de manière importante au niveau du suivi.

**M. Chevarie:** Particulièrement au niveau des infirmières, est-ce qu'on atteint les ratios qui sont fixés par le ministère?

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait. Nous sommes dans les ratios, et même, à certains endroits, un peu supérieurs aux ratios. Donc, on a, à ce niveau-là, des alertes rapides et on a des infirmières très vigilantes, je veux dire, au niveau des... Et c'est pour ça, je pense, qu'on a eu très peu, mais très peu d'épisodes et, lorsqu'on en a eu, ça a été contrôlé très rapidement au sein de nos établissements. Je ne sais pas si le Dr Bernier voudrait rajouter quelque chose là-dessus?

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bernier.

**M. Bernier (Christian):** Oui. Alors, vous savez que, depuis quelques années, on a porté... on a été très préoccupé par ces infections dans nos hôpitaux, et, depuis plusieurs années donc, il y a eu de multiples interventions qui ont été mises en place partout au Québec mais aussi en Gaspésie et aux Îles, dont les infirmières pivots, le fait de se doter de programmes de contrôle d'infections dans nos centres hospitaliers, d'avoir des comités régionaux, etc. Et on a vu les infections nosocomiales chuter, et particulièrement chuter, je vous dirais, aussi en Gaspésie et aux Îles. Actuellement, on est bien... on est en dessous des taux du Québec, donc c'est très intéressant. Et fait intéressant aussi, c'est: avec toutes les mesures d'hygiène qui ont été publicisées avec la pandémie de H1N1, on s'est rendu compte que ça a eu des effets également sur les taux d'infections nosocomiales. Donc, les bonnes mesures d'hygiène ont bénéficié aussi aux taux d'infections nosocomiales.

**M. Chevarie:** Est-ce que ça a nécessité l'ajout de ressources financières ou c'est l'organisation de travail qui fait en sorte qu'on arrive avec des résultats aussi intéressants?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, d'abord, dès le point de départ, on a effectivement dû injecter, pour les postes d'infirmières en nosocomiales, des sommes pour permettre l'installation dans chacun des centres de santé d'au moins une infirmière pour répondre au ratio. Et, depuis, je pense qu'il y a eu au sein des établissements des efforts qui ont été consentis en organisation du travail mais aussi en prévention, ce qui a fait en sorte que là on se retrouve, je veux dire, dans une situation avantageuse au niveau provincial, je trouve.

**M. Chevarie:** Peut-être une dernière question dans ce bloc-là. Les services préhospitaliers d'urgence, service ambulance, les premiers répondants, je sais que généralement, dans l'ensemble de la région et aux Îles-de-la-Madeleine, les services sont très bons. Mais il y a encore des secteurs un peu plus faibles. Si je prends, par exemple, dans mon comté, aux Îles-de-la-Madeleine, la partie est des îles, Grande-Entrée et Grosse-Île, le taux de réponse n'est peut-être pas nécessairement en fonction des normes reconnues par le ministère, particulièrement pour se rendre à Grande-Entrée qui est quand même à une cinquantaine de kilomètres, là, de Cap-aux-Meules. Quels sont les... Puis je pense aussi qu'il y a quelques difficultés dans certains secteurs de la Gaspésie. Quelles sont les actions que vous prenez actuellement pour tenter de répondre à ces problématiques-là au niveau des services préhospitaliers d'urgence?

● (10 h 20) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, bien, en fait, je suis très content que vous mentionniez les services préhospitaliers d'urgence, parce que, vous savez, puis je le mentionnais dans l'allocation, on a quand même 37 équipes de premiers répondants sur le territoire, 300 bénévoles, 456 bénévoles formés dans nos équipes de premiers répondants. Ce qu'il y a comme impact, évidemment que, sur les lieux d'un accident ou lorsqu'il y a une intervention à faire, les premiers répondants sont toujours les premiers arrivés, évidemment, Donc, ça a souvent effet de préparer l'arrivée de l'ambulance. Et ça a sûrement, au cours des dernières années, eu un impact aussi sur la santé de notre population.

Il y a effectivement des taux de réponse, je veux dire, qui sont variables d'un territoire à l'autre en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. On comprend qu'à certains endroits où la communauté est plus regroupée les taux de réponse sont beaucoup meilleurs que, par exemple, lorsqu'on se retrouve dans les terres, derrière les grandes communautés, où là, je veux dire, on a des taux de réponse qui peuvent varier entre 15, 20, 25 minutes, même. Évidemment, quand on regarde du côté des Îles-de-la-Madeleine, on vit la même chose. Donc, à l'île centrale, on a un taux de réponse qui est très, très acceptable. Quand on va du côté ouest aussi, on a un taux de réponse qui est assez... on a un temps réponse assez intéressant. Mais, quand on fait la moyenne, effectivement, avec l'est, on se retrouve avec un temps réponse qui est plutôt élevé.

On a soumis des hypothèses du côté ministériel pour justement envisager quelques solutions à cette situation-là. Quoiqu'à l'heure actuelle la réceptivité de ce projet-là ne fait pas l'unanimité et qu'on doit encore faire des discussions, il n'en demeure pas moins que... Je pense qu'il y a encore des voies de passage à explorer. Entre autres, on vit actuellement sur le territoire, surtout en Baie-des-Chaleurs, un projet pilote qui pourrait nous permettre peut-être, avec les conclusions qui seraient éventuellement soumises

par l'AETMIS ou l'INESSS, là, dépendamment quand ça rentrera en fonction... On pourrait, à ce moment-là, voir s'il n'y a pas des aménagements avec des horaires particuliers qui pourraient être faits et qui feraient en sorte d'optimiser le positionnement des ambulances sur le territoire des Îles-de-la-Madeleine.

Donc, ce qu'on souhaiterait, je veux dire, c'est évidemment de prendre en considération la particularité des Îles, surtout pour le secteur est, et de voir, dans les conclusions, je veux dire, qui tournent autour du projet pilote qu'on a dans la Baie-des-Chaleurs, si on ne pourrait pas... avec les observations qui sont faites là, les conclusions qui en sont tirées, si on ne pourrait pas appliquer une certaine partie de ce qu'on est en train d'expérimenter du côté de la Baie-des-Chaleurs aux Îles-de-la-Madeleine, entre autres au niveau des horaires et du positionnement des ambulances sur le territoire. Je pense qu'on aurait là peut-être une solution moyenne qui serait peut-être un peu moins coûteuse que ce qui est actuellement sur la table en termes de projet et qui donnerait peut-être des résultats. Mais, encore là, il faudra attendre les conclusions, je veux dire, des rapports de l'AETMIS.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Pour ce premier bloc, c'est ma collègue de Matapédia qui va poser les questions. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Alors, je vais essayer d'avoir des questions courtes pour avoir plusieurs réponses. Et d'abord je veux vous souhaiter la bienvenue, vous dire que je suis bien contente de vous recevoir en reddition de comptes ici. Je vais commencer, M. Pelletier, par... Tantôt, mon collègue vous encensait. Loin de moi l'idée de ne pas vous encenser, de ne pas faire ça, mais il y a, par rapport à un des dossiers dont je suis responsable, les services sociaux... — ma collègue Lisette Lapointe est responsable des aînés. Mais on a ici un article qui dit qu'il y a eu un fort niveau de plaintes en Gaspésie concernant les services à domicile. Alors, moi, j'aimerais ça... Vous êtes sûrement au courant de ça, par rapport à la Protectrice du citoyen. Alors, en quoi consistaient ces plaintes-là? Est-ce que vous êtes au courant, M. Pelletier?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, écoutez, ça remonte quand même à quelques années?

**Une voix:** Non, c'est l'an dernier.

**Mme Doyer:** Non, pas du tout, c'est l'an dernier.

**M. Pelletier (Gilles):** L'an dernier?

**Mme Doyer:** Je vous l'ai...

**Une voix:** ...

**Mme Doyer:** Merci, c'est ma... bon, merci. «Les Gaspésiens se plaignent beaucoup de leurs services de

santé, et souvent avec raison, démontre un rapport de la Protectrice du citoyen.» Donc, une première nuance. «La Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine comptent 1,2 % de la population du Québec mais ont exprimé 8,6 % des plaintes sur la santé et les services sociaux examinées en 2006-2007 — c'est quand même il y a quelques années — par la Protectrice du citoyen. Des 33 plaintes reçues dans ce domaine, près de la moitié se sont révélées fondées.»

Et c'était vraiment sur les services à domicile et... Qu'est-ce que... Et là on est en 2010, c'est quand même... regardez, c'est à peu près l'horizon de reddition de comptes, hein, quatre, cinq ans. Alors, qu'est-ce qui a été fait par rapport aux services à domicile? Puis, en même temps, brossez-moi un court portrait de comment a évolué votre situation par rapport à l'accessibilité de ces services-là dans votre région, qui est quand même... C'est un grand défi de bien donner des services chez vous.

**Le Président (M. Kelley):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, merci, M. le Président. D'abord, écoutez, je disais d'entrée de jeu que nous avons, au niveau de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, une couverture très importante au niveau des soutiens à... du soutien à domicile. D'ailleurs, je disais qu'on avait déjà dépassé toutes nos cibles 2010 dans tous les programmes. Que ce soient personnes âgées, que ce soit au niveau de la déficience intellectuelle, déficience physique, on est partout dans les cibles et au-dessus des cibles. Cependant, ce qui est arrivé à certains égards, c'est que très souvent, je veux dire, au niveau de... je dis très souvent... il est arrivé, au niveau d'un établissement en particulier, qu'on a dû se ramener au budget qui était établi au niveau du soutien à domicile.

**Une voix:** Pour être en équilibre?

**M. Pelletier (Gilles):** Pour... pas nécessairement pour être en équilibre, mais pour offrir un service correspondant aussi, je veux dire, au niveau de ce qui est requis. Ce que je veux dire là-dessus, c'est qu'il arrivait antérieurement que la région ait une prédisposition à répondre très rapidement aux besoins de façon plus large, c'est-à-dire qu'on saupoudrait beaucoup plus d'heures plutôt que de concentrer, O.K., et faire en sorte que les heures consenties puissent donner effet auprès de la personne qui reçoit ces services-là.

**Mme Doyer:** Donc, c'est peut-être... Est-ce que je comprends que c'est peut-être un peu moins de personnes mais plus d'heures-soins nécessitées, alors les gens avaient tendance à donner beaucoup d'heures à beaucoup de personnes, mais pas nécessairement dans l'intensité requise?

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait. Et l'esprit dans lequel on a inscrit dans nos différents programmes notre continuum de services, c'est toujours d'essayer de maintenir le plus longtemps possible à domicile. Mais, si on avait une attitude de... j'appelle ça du saupoudrage, le terme n'est peut-être pas bon, mais de ne pas nécessairement intensifier, plutôt de répondre à la demande de façon systématique, là, on n'est pas à l'optimum. Donc, parfois, je veux dire, on a été obligés de réduire et de recentrer. Et on a eu aussi un mouvement qui a fait en sorte qu'un certain nombre

de responsabilités ont été prises par les centres... les corporations d'aide à domicile, aussi. Donc, il y a tout un volet d'AVQ-AVD, là, qui a été pris.

**Mme Doyer:** Alors, je voudrais, de façon très succincte, vous parler du suicide. Parce que, chez vous, c'est quand même une cause de décès qui est préoccupante, il y a eu un taux... avec un taux, en 2007, d'environ 25 sur 100 000 contre 14 sur 100 000 au Québec. Comment évolue la situation? Et ça touche plus les hommes, hein, comme à bien des endroits.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, tout à fait. Et...

**Mme Doyer:** Comment sera, là...

**M. Pelletier (Gilles):** ...sur ces aspects pointus là, si vous le souhaitez, je passerais la parole au Dr Bernier.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bernier.

**M. Bernier (Christian):** Alors, oui, écoutez, si on brosse un tableau du suicide en Gaspésie, dans les années quatre-vingt, on avait des taux très, très en deçà. Rendu aux années quatre-vingt-dix, on a rejoint les taux du Québec, qui augmentaient, Gaspésie—Les Îles augmentait également, au niveau des taux de mortalité. Années 2000, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine continue à augmenter, Québec se stabilise et même diminue. Bon.

Comment expliquer tout ça? Bien sûr, ce n'est que des hypothèses, parce que le suicide est une problématique préoccupante, troublante, mais il reste qu'en Gaspésie et aux Îles on a vécu des transformations très, très importantes au niveau notamment économique: le moratoire des pêches, les problèmes au niveau de la foresterie, la fermeture des usines, et tout ça a bien déstabilisé la population, en particulier la population des hommes.

**Mme Doyer:** ...vraiment entre 30 et 49 ans, hein, comme ce que mon collègue vient de me...

**M. Bernier (Christian):** C'est ça. Alors, c'est principalement des hommes qui se suicident.

**Mme Doyer:** Des hommes actifs, qui devraient l'être si la situation allait bien.

**M. Bernier (Christian):** Depuis une quinzaine d'années, on a mis en place une stratégie en prévention du suicide qui comporte plusieurs aspects, qui va de l'intervention de crise, qui va en postvention, l'établissement des réseaux de sentinelles où on essaie que tous les milieux, en fait, soient concernés par ces problématiques-là et puissent intervenir, dans leurs limites, bien entendu. On a mis en place aussi le suivi étroit, les lignes de prévention au niveau téléphonique, des moyens aussi de, je vous dirais, désistement au niveau des armes à feu, etc., parce que c'était la première cause. Donc, plusieurs moyens ont été mis en place, des investissements également ont été faits.

Et, je vous dirais, ce qui est encourageant... Parce que, les chiffres, vous avez mentionné une année, malheureusement, Gaspésie et Les Îles, c'est beaucoup en dents de scie. C'est une petite population, donc, nous, quand on exprime les taux de suicide, il faut souvent le faire... il

faut regrouper souvent par cinq ans pour pouvoir avoir une idée assez juste. Et on est... Je vous dirais que, l'année 2008, on voit... 2007-2008, on voit qu'il y a une baisse qui commence à s'amorcer, et c'est peut-être trop tôt pour le dire, parce que, comme je vous dis, moi, j'ai besoin de quatre, cinq ans pour vraiment affirmer une tendance, mais on pense que ça va régresser. D'autant plus que, je vous dirais, les grands, peut-être... Les grands événements négatifs qui se sont passés en Gaspésie et aux Îles sont peut-être derrière nous. Cette société, je pense, c'est peut-être plus positif, là, pour les années à venir.

● (10 h 30) ●

**Mme Doyer:** Merci, Dr Bernier. Alors là, si vous me permettez, M. le Président, j'irais concernant les services de santé mentale et j'aimerais que vous me brossiez un portrait de l'évolution, dans les dernières années, très succinct, des services. Mais je vois que vous avez aussi joué sur le tableau des services infirmiers et psychosociaux généraux, mais aussi en santé mentale, plus particulièrement dans chacun des CSSS, les services plus pointus. Comment s'organisent les services en santé mentale chez vous, avec les priorités ministérielles qui ont été ciblées, hein: virage vers la première ligne, accès aux services en santé mentale en temps opportun, etc.? L'accès aux services, mais aussi l'intensité que vous pouvez donner, avec, je le redis, les défis qui sont les vôtres, d'une population qui est dispersée? Comment ça s'améliore et ça se... en santé mentale? Grosse question, là.

**M. Pelletier (Gilles):** Grosse question. Grosse réponse aussi.

**Mme Doyer:** ...les listes d'attente, les délais, tout ça, là.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Écoutez, le grand défi de notre territoire, c'est d'avoir des bons suivis puis des... des bons suivis en première ligne, donc des services de proximité. Vous comprendrez qu'on est une région — et je pense que ce n'est pas unique au Québec — où la santé mentale a longtemps été beaucoup trop traitée en deuxième ligne, donc en centre hospitalier. On a toujours eu une approche, je pense, beaucoup trop hospitalocentrique. La psychiatrie, la pédopsychiatrie, nous, ça s'est donné longtemps et beaucoup trop longtemps en établissement. Et ce qu'on a voulu faire au cours des dernières années, c'est d'essayer de déployer les équipes locales qui font en sorte... Puis mailler aussi. Parce qu'on n'a pas voulu seulement déployer santé mentale, on a essayé de déployer des équipes maillées avec le secteur jeunesse. Parce qu'on se disait aussi que les problématiques des jeunes, même de très bas âge jusqu'au dépistage au niveau scolaire, c'était très important pour qu'on puisse intervenir tôt au sein de nos communautés locales.

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait. Donc, on a encore un défi important, là, un défi important qui fait en sorte que le réflexe médical est encore beaucoup trop de ramener vers une consultation hospitalière plutôt que de supporter des équipes sur le terrain. Donc, on a actuellement commencé à déployer des équipes en santé mentale, essayé de les consolider sur chacun de nos territoires, pour faire

face justement aux pressions qui pourraient éventuellement être exercées en deuxième ligne. Il faut absolument réussir à avoir des bons suivis en première ligne.

Prévenir aussi, parce qu'ultimement ce qui se passe, même au niveau de l'hospitalisation puis même au niveau du centre jeunesse, c'est que, si on ne réussit pas à rattraper ces jeunes-là en première ligne, bien éventuellement c'est un placement puis c'est des traitements en deuxième ligne, et c'est ce qu'on ne veut pas. On veut absolument, je veux dire, que ces jeunes-là ou que ces personnes-là reçoivent, proches des leurs, les services. Donc, c'est comme ça qu'on essaie de le faire. On a encore beaucoup de travail à faire, parce qu'au niveau du déploiement des services spécialisés en pédopsychiatrie et en psychiatrie la partie n'est pas gagnée.

**Mme Doyer:** D'ailleurs, vous en manquez.

**M. Pelletier (Gilles):** En pédopsychiatrie, on a quand même un plan d'effectif assez bien constitué.

**Mme Doyer:** C'est correct? Ah bon.

**M. Pelletier (Gilles):** Au niveau de la psychiatrie aussi, parce qu'on a à peu près partout des services de base en psychiatrie, sur chacun de nos territoires. Mais ce qu'il faut réussir à faire, c'est d'avoir une couverture un peu dans l'esprit qu'on veut la... qu'on veut l'avoir, c'est-à-dire un support à nos équipes locales. Et, si on a des psychologues, si on a des neuropsychologues, si on a des gens qui sont en support en deuxième ligne et qui sont en mesure de... d'épauler les interventions en première ligne, bien je pense que c'est gagnant, et c'est ce qu'on souhaite faire au cours des prochaines années.

**Mme Doyer:** Merci. M. le Président, une dernière question avant de passer la parole à mes collègues. Sur le jeu pathologique, les toxicomanies, les dépendances, comment se porte votre région? Comment évolue-t-elle dans... Et on semble, à travers la lecture des documents qu'on a eus, que vos services... les services offerts sont utilisés à 25 % de leur capacité seulement, par rapport au jeu pathologique par exemple. Et vous posez l'hypothèse que l'incidence des problèmes de jeu est moins grande dans la... dans votre région qu'au Québec en général. Sur quoi vous vous basez pour dire ça?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, là-dessus... Bien, je vous dirai que, d'abord, au niveau alcoolisme, toxicomanie, en termes d'organisation de services, on a fait, au cours des dernières années, des grands pas. On a...

**Mme Doyer:** ...ça, je l'ai vu.

**M. Pelletier (Gilles):** On a établi, je veux dire, une offre de services en première ligne, ce que nous n'avions pas antérieurement et ce qui est plutôt rare au Québec aussi, là, je veux dire, d'avoir dans chacun de nos milieux...

**Une voix:** ...MRC.

**M. Pelletier (Gilles):** ...oui, par territoire de centre de santé, un intervenant qui fait justement du suivi et du travail avec... du travail de proximité. On a aussi, dans

chacun de ces territoires-là, un intervenant de deuxième ligne, donc, qui est en mesure de faire un suivi plus étroit et de la réadaptation et qui est en lien avec notre centre de réadaptation régionale, qui est situé à Sainte-Anne-des-Monts. Donc, on est, là, je pense, assez bien constitués.

Ce qu'on a, je veux dire, au niveau du jeu pathologique, c'est qu'on a un petit problème, c'est qu'on ne réussit pas, je veux dire, à l'heure actuelle, à avoir l'inventaire de tout ce qu'on a comme disponibilité d'appareils de loterie vidéo sur tout le territoire, O.K.? Semble-t-il que c'est une donnée, je veux dire, qu'on... qui ne nous est pas disponible mais qui, semble-t-il, est une donnée de Loto-Québec et qui... qu'on a de la difficulté à aller chercher.

Ceci étant dit, ce qu'on a préféré faire, O.K., c'est de demander une étude de la part de la Direction de la santé publique, qui va venir documenter quels sont les... quel est le profil du joueur, je veux dire, dans notre région, où est-ce qu'il va consommer le jeu et...

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Gilles):** ... — c'est ça — puis quel est le type d'intervention à privilégier auprès de ces personnes-là. Donc, évidemment, ce qu'on souhaite, je veux dire, c'est qu'au cours des prochaines années, même si on pourrait peut-être se réjouir du fait qu'on n'a pas beaucoup de joueurs... Mais, dans les faits, ce n'est pas ça. On est convaincus qu'on a des joueurs, mais qu'on a...

**Mme Doyer:** ...ne pouvait pas cerner correctement cette problématique-là, hein?

**M. Pelletier (Gilles):** C'est ça. C'est ça. Parce qu'on sait que, dans notre région, on ne travaille pas, je veux dire, avec des casinos, on ne travaille pas avec des endroits de jeu, là, on travaille avec des salles de bingo, des gratteux, des appareils de loterie vidéo, mais c'est des joueurs quand même. Il y a une dépendance, là. Donc, il faut absolument, nous, de notre côté, être en mesure d'aller identifier de quelle façon on peut rejoindre ces personnes-là, quel est le meilleur type d'intervention à préconiser et comment on va avoir des résultats aussi. Ça, ça va nous donner, je pense, des résultats différents au cours des prochaines années.

**Mme Doyer:** Alors, j'aurais terminé, M. le Président. Merci de vos réponses.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, Mme la députée. M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Bienvenue. On est très contents de vous avoir. Effectivement, il y a des beaux progrès. Moi, je suis très content d'entendre dire, entre autres, que l'espérance de vie est grosso modo la même en Gaspésie—Les Îles qu'elle l'est ailleurs au Québec. Je pense que, quand on parle d'une stratégie d'occupation du territoire, on doit viser ce genre de réussite, et ça, pour moi, c'en est une. Je pense qu'au Québec on a le sens critique bien aiguisé, et parfois on se complaît à parler beaucoup de nos échecs ou de nos demi-réussites, mais je pense qu'il faut, une fois de temps en temps, reconnaître que... qu'on fait des bons coups et qu'on réussit, dans certains cas, à réaliser de très belles choses collectivement. Moi, quand je vois que, dans la

région de la Gaspésie—Les Îles, on réussit, malgré toutes les difficultés, et vous en avez évoqué plusieurs, on réussit quand même à maintenir grosso modo une qualité de soins et une qualité de vie qui permettent à nos populations là-bas de bien vivre, dans le fond, et de vivre grosso modo en santé ou en tout cas en aussi bonne santé qu'ailleurs au Québec, je pense qu'il faut s'en féliciter. Donc, il y a une partie du mérite qui vous revient, et prenez-le, c'est une reconnaissance que vous méritez.

Cela étant dit, vous comprenez que mon travail, c'est de demander des comptes...

**Mme Doyer:** Ça, c'est les fleurs.

**M. Drainville:** ...et je vais faire mon travail. Les déficits, d'abord. Les déficits de vos établissements sont en forte hausse. Ils ont plus que doublé, selon un document que j'ai ici sous les yeux. Comment vous expliquez que les déficits de vos établissements de santé ont plus que doublé cette année par rapport à l'année dernière ou aux années précédentes?

**M. Pelletier (Gilles):** Est-ce qu'on parle...

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Est-ce que vous parlez de l'année 2009-2010 ou l'année 2008-2009 et l'année précédente?

**M. Drainville:** Bien, moi, ce...

**M. Pelletier (Gilles):** Mais de toute...

**M. Drainville:** Écoutez, j'ai ici: *Équilibre budgétaire - Gaspésie—Les Îles...* Ça, c'est pour 2008-2009. Le déficit total est de 3,6 millions, une augmentation de 129 % par rapport au déficit de 2007-2008, qui était de 1,6 million. Donc, on est passé de 1,6 à 3,6. C'est considérable. J'ai vu d'autres chiffres qui parlaient plutôt, même, de 4 millions de déficit pour... déficit annuel pour la région Gaspésie—Les Îles. Ça, c'est un article du *Soleil, Est-du-Québec, Le système de santé dans le rouge*, qui est daté du 26 janvier 2010, donc qui est très récent.

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, la projection, je veux dire, pour cette année est effectivement autour de 3 millions de déficit. Et ça...

**M. Drainville:** C'est effectivement...

**M. Pelletier (Gilles):** On est...

**M. Drainville:** ...une augmentation de plus de 100 % par rapport à l'année dernière, non?

**M. Pelletier (Gilles):** C'est... Si on se fie à la... aux résultats de l'an passé, on se retrouve à peu près dans les mêmes ordres de grandeur, O.K.? Donc...

**M. Drainville:** Ah oui?

● (10 h 40) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, parce que, là-dessus, il y a une... il y a un niveau de déficit, ce qu'on appelle

le déficit autorisé, donc la cible maximale déficitaire autorisée, qui nous amène à peu près au même niveau que l'an passé. Cependant...

**M. Drainville:** Sur les 3 millions, il y en a combien...

**M. Pelletier (Gilles):** 1 million.

**M. Drainville:** ...qui est du déficit autorisé?

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, 1,2 million.

**M. Drainville:** 1 million. Donc, il y a 2 millions de déficit...

**M. Pelletier (Gilles):** De dépassement.

**M. Drainville:** ...non autorisé.

**M. Pelletier (Gilles):** Exactement. Exactement.

**M. Drainville:** Et, l'année passée, c'était la même chose, c'était un rapport de deux pour un?

**M. Pelletier (Gilles):** C'est à peu près... Je vous dirais que, sur le plan de la croissance, au niveau déficitaire, je vous dirais, depuis 2002-2003, 2003-2004, c'est, bon an, mal an, à peu près toujours 2 millions de dépassement, O.K.?

**M. Drainville:** Au-delà du déficit autorisé...

**M. Pelletier (Gilles):** Au-delà du déficit autorisé.

**M. Drainville:** ...qui, lui, se maintient autour de 1 million.

**M. Pelletier (Gilles):** Autour... C'est toujours 1 million, là, au cours des dernières années, la cible déficitaire maximale autorisée.

**M. Drainville:** Alors, comment est-ce que vous expliquez ça?

**M. Pelletier (Gilles):** Évidemment, on a un certain nombre... Je me ramène à il y a quelques années passées, nous avions cinq centres de santé en déficit sur les cinq. Actuellement, nous avons deux situations plus problématiques. Donc...

**M. Drainville:** Lesquelles?

**M. Pelletier (Gilles):** La situation, je veux dire, des... du Centre de santé de la Haute-Gaspésie et celle des Îles-de-la-Madeleine. Des deux côtés, il y a des solutions, je veux dire, qui sont envisagées actuellement et qui sont porteuses. Donc, ce qu'on comprend, je veux dire, c'est que... et je vais faire... je vais avoir une explication pour les deux.

Du côté des Îles-de-la-Madeleine, on a une orientation avec l'établissement qui fait en sorte qu'il y a une révision en profondeur des façons de faire qui se fait actuellement au niveau des Îles-de-la-Madeleine. Ce qu'on a...

**M. Drainville:** ...combien d'années qu'ils sont en déficit aux Îles?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, depuis 2003-2004, O.K., à peu près. Il y a eu une croissance, je veux dire, qui s'est faite, mais cependant...

**M. Drainville:** Une croissance du déficit?

**M. Pelletier (Gilles):** Une croissance du déficit, mais à certains égards, c'est pour ça que je vais vous expliquer, c'est qu'il y a eu une pression importante, au cours des trois dernières années, du coût des médicaments anti-néoplasiques, donc tous les coûts reliés aux médicaments relatifs au cancer. Ça, ça a créé une pression très importante du côté des Îles-de-la-Madeleine du fait que, premièrement, il y a eu une hausse importante des cas de cancer aux Îles, reconnue par une étude qu'on a eue du côté de la Santé publique, cas de cancer, oui, en termes de nombre, mais, oui, en termes aussi de gravité. On a eu beaucoup plus de cancers du côlon aux Îles-de-la-Madeleine, beaucoup plus de cancers du sein, beaucoup plus de cancers d'estomac, et ça, les coûts relatifs à l'Avastin, à l'Herceptin, ce sont des molécules et des traitements très coûteux, d'une part.

**M. Drainville:** Qu'est-ce qui explique cette hausse soudaine de ces cas de cancer en particulier, dans les deux cas de cancer... les deux types de cancer dont vous avez parlé?

**M. Pelletier (Gilles):** Selon les hypothèses amenées par l'étude de la Direction de la santé publique, il y a un passé de fumeurs, aux Îles-de-la-Madeleine, qui est particulièrement important, O.K.? Donc, le cancer du poumon aux Îles a toujours été un cancer prédominant.

**M. Drainville:** Oui, mais vous nous avez parlé du côlon, non?

**M. Pelletier (Gilles):** Du côlon aussi, cancer du poumon, cancer du côlon, cancer de l'estomac aussi, O.K.? Donc... Et toute la nourriture salée, fumée...

**M. Drainville:** Bon, voilà.

**M. Pelletier (Gilles):** ...aux Îles-de-la-Madeleine, a aussi été un facteur important. Donc, on se retrouve dans une situation particulière, aux Îles-de-la-Madeleine, en termes de traitements et de coûts de traitements. Ça, c'est une première chose qui a créé une pression importante.

Deuxièmement, il faut dire aussi qu'on a une rubrique qui s'appelle Déplacement des usagers. Déplacement des usagers, aux Îles-de-la-Madeleine, ça représente une pression importante du fait que les... à toutes les fois où il y a un transfert dans un hôpital spécialisé, bien c'est l'utilisation de l'avion. Et Air Canada ne nous a jamais fait de cadeau. Et il a fallu s'installer dans une négociation avec le transporteur aérien pour essayer d'avoir des prix qui soient beaucoup plus abordables et qui nous permettent de réduire un peu la pression.

Ça, c'est deux items sur lesquels on a toujours eu des pressions et qu'on a essayé au fil des ans de compenser du mieux qu'on pouvait, mais on n'a jamais réussi à compenser à la hauteur requise. Ce qu'on a comme...

**M. Drainville:** On parle toujours des Îles, là?

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Oui, c'est ça.

**M. Drainville:** Hein, c'est ça, là?

**Mme Doyer:** L'avion. L'avion, les...

**M. Pelletier (Gilles):** C'est ça, les Îles-de-la-Madeleine, oui. Donc, je vous parle de cette... Ce qu'on a actuellement comme entente avec les Îles-de-la-Madeleine, c'est que ces deux items-là, sur lesquels on a peu de contrôle, il faut bien l'avouer, je veux dire, que...

**M. Drainville:** Les deux items étant le coût des médicaments et le coût de transport.

**M. Pelletier (Gilles):** Le coût des médicaments antinéoplasiques et les coûts de transport. On a peu de contrôle parce que les transferts, on peut... c'est prescrit, les accompagnateurs sont prescrits et les coûts des médicaments antinéoplasiques, bien c'est des prescriptions, aussi, médicales sur lesquelles on a peu de contrôle au niveau des traitements. Donc ça, on est, comme agence, dans une situation où il faut reconnaître un niveau de dépense.

Là où on veut que l'établissement fasse un effort, et c'est là-dessus qu'actuellement le plan de match est installé, c'est qu'il y a une réorganisation importante du travail à faire auprès... dans chacun des départements, et ça, on veut... et je pense qu'à l'heure actuelle toutes les personnes du centre hospitalier particulièrement sont impliquées dans le processus pour revoir les façons de faire. Et on pense qu'il y a des gains de productivité à faire, importants, de ce côté-là et...

**M. Drainville:** Qu'est-ce qui vous permet de dire ça? Parce que ça... j'ai relu quelques-unes de vos déclarations, le mot «gain de...» enfin, les mots «gain de productivité» reviennent très souvent dans vos déclarations. Alors, donnez-nous des exemples concrets, là. C'est vous qui avez vous-même abordé l'exemple de l'hôpital des îles. Donc, quels sont les gains de productivité, là, qui pourraient être... qui pourraient se... qui pourraient être réalisés?

**M. Pelletier (Gilles):** En fait, ce qu'on... Je vais donner un exemple. En fait, quand on regarde l'organisation du travail sur certains étages, et entre autres prenons, par exemple, au niveau de la longue durée, O.K., des centres d'hébergement de soins longue durée, on a habituellement une formation d'équipe, O.K., qui est parfois un peu trop constituée d'infirmières et qui devrait être constituée un peu plus de préposés aux bénéficiaires, parce que les besoins identifiés au niveau des centres d'hébergement ne sont pas nécessairement des besoins en soins infirmiers. Ils ont aussi besoin de marcher, d'être accompagnés et de faire en sorte qu'ils aient des activités pour maintenir, parce qu'on est dans un milieu de vie, pour maintenir leur autonomie le plus longtemps possible et leur permettre de vivre ou d'avoir un qualité de vie plus grande en centre.

**M. Drainville:** Je comprends que vous avez une unité d'hébergement intégrée à l'hôpital des îles, c'est ça?

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait. Tout à fait. Oui, oui, oui. Donc, ça fait partie du centre de santé. Donc, ça

fait partie, ça, je veux dire, d'un exemple de réorganisation du travail. Si on a moins d'infirmières, on a plus d'infirmières auxiliaires, on a plus de préposés aux bénéficiaires, ça fait en sorte qu'on a un gain de productivité là et on répond encore mieux aux besoins de notre clientèle, si on fait des réaménagements comme ceux-là.

**M. Drainville:** Mais c'est-u un gain de productivité qu'on a ou c'est un gain...

**M. Pelletier (Gilles):** Oui.

**M. Drainville:** C'est un gain financier également parce que...

**M. Pelletier (Gilles):** Mais c'est beaucoup plus un gain de productivité et c'est beaucoup plus un gain en termes de quantité et de qualité de soins, parce que là on répond en fonction des profils de chacun des usagers, on répond vraiment à leurs besoins.

**M. Drainville:** Et, dans ce cas-ci, ils ont besoin d'un préposé plus que d'un... plus que d'une infirmière?

**M. Pelletier (Gilles):** À certains égards, les personnes âgées en centre d'hébergement ont besoin de beaucoup plus d'heures de préposé que d'heures infirmière.

**M. Drainville:** Là, là, M. le Président me fait signe que je dois terminer mon bloc, mais le deuxième exemple que vous vouliez nous donner, c'était la Haute-Gaspésie?

**M. Pelletier (Gilles):** Oui.

**M. Drainville:** Je pense que vous aurez l'occasion d'en parler lors du... de l'échange que vous aurez avec le député de Matane, dans un instant.

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait.

**M. Drainville:** Donc, la réponse, vous pourrez l'intégrer aux questions qu'il vous posera, O.K.?

**M. Pelletier (Gilles):** Excellent. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le député. On va maintenant passer la parole de nouveau au député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Je vais aborder la question de l'accès au médecin de famille. Évidemment, le médecin de famille, c'est un volet important dans la gamme des services, particulièrement en première ligne. Puis j'aimerais vous entendre sur comment la région se situe par rapport à l'équipe médicale, au recrutement, à la rétention. Est-ce qu'on se retrouve avec beaucoup de patients orphelins d'un médecin de famille? Quelle est la stratégie de l'agence avec les établissements de santé et de services sociaux pour justement améliorer la situation? Parce que je sais qu'on n'est pas... les PREM ne sont pas complets, les plans régionaux d'effectifs médicaux. Donc, j'aimerais ça que vous me parliez de votre stratégie puis de la situation en général Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine.

**Le Président (M. Kelley):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, au cours des dernières années, on a eu, puis je le disais en introduction, des gains importants en termes de recrutement. Vous savez, on a eu des périodes où effectivement on avait à peu près 70 % de couverture en omnipratique dans la région. Aujourd'hui, on a atteint 80 %. Donc, on peut déjà... d'ores et déjà penser que, sur certains territoires, puis je fais exception de la Haute-Gaspésie, mais, sur certains territoires, on a quasiment des plans d'effectifs médicaux complets. Aux Îles-de-la-Madeleine, dans Baie-des-Chaleurs, on est pratiquement avec des plans d'effectifs médicaux à l'optimum. Du côté de la Côte-de-Gaspé et de Rocher-Percé, on est aussi dans des proportions fort intéressantes. Cependant, on a un bout à faire au niveau de la Haute-Gaspésie, et on aura sûrement l'occasion d'en discuter tout à l'heure.

Là où on a fait aussi des gains intéressants, c'est qu'on a mis en place une formule de guichet unique à l'intérieur de chacun des centres de santé, donc le guichet unique voulant dire qu'on a une infirmière qui reçoit des appels pour identifier les personnes qui n'ont pas accès à un médecin de famille. Donc, sur chacun des territoires, il y a un numéro de téléphone à composer qui permet aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille de faire une demande, d'abord, s'ils peuvent avoir un médecin de famille. Deuxièmement, l'infirmière a comme objectif d'évaluer la situation et de prioriser. Et par la suite, en complémentarité avec un médecin désigné, un médecin coordonnateur, l'affectation, je veux dire, de cette clientèle-là à un médecin de famille se fait.

Évidemment, on a des territoires où ça va relativement bien, d'autres territoires où on a encore à expérimenter et à placer, je vous dirais, un peu le mécanisme. Mais, de façon globale, partout sur le territoire actuellement, on a ce qu'on appelle une infirmière coordonnatrice ou un guichet unique qui permet justement de recevoir les appels des personnes qui sont nécessaires au niveau des médecins de famille. Je ne sais pas si le Dr Mercier, qui est avec moi, qui est le directeur des affaires médicales, en ce qui concerne tout le nombre de personnes qui a pu être inscrit ou encore s'il y a un pourcentage d'inscriptions qu'on connaît à ce moment-ci, au niveau de chacun de nos territoires, je ne sais pas si on a cette donnée-là, fine, ou si on a fait une évaluation récemment?

● (10 h 50) ●

**Le Président (M. Kelley):** Dr Mercier.

**M. Mercier (Claude):** Bien, au niveau de... Je n'ai pas les données par territoire, là, je les ai pour la région. C'est des guichets, d'abord, qui sont... Ça a été une mesure négociée, là, l'accès... l'implantation des guichets d'accès. On a été une des régions où les équipes ont été complétées le plus rapidement dans la province.

**M. Drainville:** C'est un guichet par CSSS?

**M. Mercier (Claude):** Oui, avec un médecin coordonnateur qui travaille en équipe avec l'infirmière... puis dont le mandat de cette équipe-là... Le mandat de l'équipe médicale, c'est d'abord d'établir des priorités. Quelqu'un qui veut passer un examen annuel, qui n'a pas de problème de santé connu, comparativement à quelqu'un chez qui on vient de découvrir un cancer du poumon ou

qui vient de faire un infarctus puis qui a besoin d'un suivi rapide dans les semaines qui suivent, bien ce n'est pas le même niveau de priorité. Donc, les niveaux de priorité sont identifiés de zéro à 30 jours, de un à trois mois, de trois à six mois, puis un petit peu six mois et plus pour les données... les gens qui ont... qui aimeraient rencontrer un médecin de famille mais chez qui il n'y a pas de besoin prioritaire immédiat d'identifié.

Dans la région, l'an dernier, au total, il y a 5 000... environ 5 200 ou 5 300 personnes qui se sont inscrites dans les guichets pour clientèle vulnérable, il y en a au-delà de 1 000 qui ont été dirigées vers un médecin de famille puis où l'opération a été complétée, le médecin s'est retrouvé avec un médecin de famille. C'est généralement les patients de priorité 1 et 2, ceux qui avaient besoin d'une prise en charge rapide.

**M. Drainville:** Un, deux, c'est quoi, ça?

**M. Mercier (Claude):** Bien, 0-30 jours et un à trois mois, O.K.? Quelqu'un, par exemple, qui va venir pour avoir un... je ne sais pas, moi, quelqu'un qui conduit un autobus scolaire puis qui a besoin de rencontrer un médecin pour compléter son formulaire de permis de conduire, bien ce n'est pas la même intensité que quelqu'un qui vient de faire un infarctus, qui a besoin d'une prise en charge, se retrouve avec cinq nouvelles médications du jour au lendemain, qui a peut-être un peu d'hypertension qui n'était pas connue, un peu de diabète ou d'insuffisance rénale qui s'ajoute à ça. Donc... Mais, pour les clientèles prioritaires, la réponse a été donnée. Pour les clientèles non prioritaires, la réponse n'est pas encore offerte. C'est en raison en partie parce que nos plans d'effectif ne sont pas complets.

Mais il n'y a pas beaucoup de régions non plus au Québec où les plans d'effectif sont complets. Quand on se situe maintenant à 80 %, là, on est près de la moyenne provinciale, puis, là-dessus, on a fait des gains très importants au niveau des dernières années. Si on retourne aux alentours de 2003-2004, là, étant donné la pénurie d'accès en médecine familiale, en omnipratique, les régions ne sont pas autorisées à recruter le nombre de médecins qu'elles désirent recruter, parce qu'il y a environ 250 à 300 nouveaux candidats qui arrivent sur le marché par année, et puis, si les gens étaient autorisés à recruter tout ce qu'ils veulent recruter pour répondre à leurs besoins, bien il y a des régions qui s'en trouveraient pénalisées, puis les régions éloignées seraient pénalisées en premier, parce que la ville de Québec, les villes où il y a une faculté de médecine auraient un avantage très important par rapport aux autres.

Donc, chaque région a une cible qui... de médecins omnipraticiens qu'elle peut recruter au cours de l'année, qui est qualifiée d'un avis de conformité qu'on peut émettre, l'avis de conformité permettant de facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Si on retourne à 2003-2004, la région avait recruté aux alentours de 27 % ou 30 % de nos avis de conformité, là. On avait recruté à peu près 30 % des candidats qu'on avait le droit de recruter. L'an passé, on a été à 94 %. Donc, c'est une performance qui est nettement meilleure.

**M. Chevarie:** Merci, Dr Mercier. Je remercie également le député de Marie-Victorin pour ses questions complémentaires, mais... les... le bloc... le temps s'écoule, et c'est notre bloc.

**M. Drainville:** Moi, je veux juste être aidant le plus possible.

**M. Chevarie:** Merci, et je l'apprécie.

**Mme Doyer:** C'est un aidant naturel.

**M. Chevarie:** Et je l'apprécie.

**Le Président (M. Kelley):** Oui. Un réflexe de son ancien métier, je pense, de poser les questions en scrum, alors...

**M. Chevarie:** Toujours par rapport à l'équipe médicale puis l'accès aux services, est-ce que les GMF sont une bonne solution et une valeur ajoutée, là, dans l'accès aux services ou le suivi de clientèle? Et après ça j'aimerais aborder la situation de Sainte-Anne-des-Monts par rapport à l'obstétrique.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Bien, écoutez, oui, c'est sûr que le... Puis, même, au niveau des groupes de médecine familiale, il est évident que ça fait partie de notre stratégie de déploiement de services médicaux de première ligne.

**M. Chevarie:** On a présentement trois GMF sur cinq.

**M. Pelletier (Gilles):** Exactement. On a un groupe de médecine familiale qui est à Sainte-Anne-des-Monts pour couvrir la... le territoire du réseau local de la Haute-Gaspésie. On a celui qui est sur la Côte-de-Gaspé, donc, pour couvrir effectivement toute la... tout le territoire de la Côte-de-Gaspé. Et prochainement on fera l'inauguration du GMF des Îles-de-la-Madeleine. Donc, la particularité du GMF des Îles-de-la-Madeleine, c'est qu'il est intra-muros, donc les médecins sont situés dans l'hôpital. Il y a évidemment, pour nous, des perspectives, dès la prochaine année, d'inscrire une démarche de GMF du côté du Rocher Percé et ultérieurement, parce que... du côté de la Baie-des-Chaleurs, parce qu'on vient d'implanter une unité de médecine familiale aussi. On voulait consolider cette unité de médecine familiale là avant de passer à une étape de groupe de médecine familiale.

Donc, évidemment, ça fait partie de notre stratégie de déploiement de services de première ligne, mais il ne faut pas que ce soit pour nous l'unique stratégie, non plus. Il faut aussi être en mesure de diversifier la façon dont on entend suivre nos clientèles sur une base locale. Donc, il y a peut-être d'autres moyens. Entre autres, on a un exemple du côté du Rocher-Percé où, par de la télé-médecine, on réussit à faire un accompagnement de clientèle via des médecins qui sont installés, je veux dire, à Montréal, à Notre-Dame, qui viennent supporter l'équipe médicale du Rocher-Percé.

Donc, on essaie... comme je le disais aussi d'entrée de jeu, on essaie d'être inventifs dans nos solutions. On a, oui, des mécaniques qui sont style GMF, mais, pour nos régions, il faut aussi être capables de mettre en place des mesures, si on les juge plus adaptées, mieux adaptées, qui sauront rapporter, je veux dire, des résultats aussi puis offrir de meilleurs services à la communauté. Mais vous avez raison de dire que ça fait partie de notre stratégie et

que, pour nous, d'ici au moins deux à trois ans, on prétend être en mesure d'avoir complété dans chacun de nos territoires l'installation d'un groupe de médecine familiale.

**M. Chevarie:** Merci. Concernant l'obstétrique en Haute-Gaspésie, on sait que la population vit une situation particulière. Les nouvelles mamans doivent aller accoucher, je pense, à l'Hôpital de Matane. Je pense qu'il y a des questionnements qu'il se fait à cet effet-là. J'aimerais ça savoir ou connaître quels sont les éléments de solution qui sont envisagés pour tenter de régler cette question-là ou tout au moins trouver des solutions qui soient les plus acceptables pour cette population.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Bien, écoutez, d'abord, je suis très heureux de pouvoir en parler. Je sais de toute façon qu'on aurait eu des questions relativement à tout ce qui se passe en Haute-Gaspésie.

**Une voix:** Ça s'en vient, là.

● (11 heures) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Ça s'en vient, oui, aussi. Mais, écoutez, d'abord, vous avez raison de dire que c'est une situation préoccupante. Je le prends sous l'angle régional en disant qu'à toutes les fois où il se produit des ruptures, des fermetures, ce n'est pas uniquement, sous l'angle régional, une difficulté que vit un territoire, mais c'est une difficulté que vit une région. Parce que, si, comme agence, nous acceptons qu'il y ait des fermetures comme ça, ça veut dire qu'aussi, le jour où il y aura ailleurs sur le territoire une fermeture qui s'annonce, bien on pourra... on va fragiliser notre offre de services au niveau régional, et ce n'est pas du tout l'intention de l'agence que de travailler comme ça. Ce qu'on souhaite, c'est que les services de proximité soient présents dans tous nos territoires. Et, dans les services de proximité, évidemment, je veux dire, on y... on conçoit que l'obstétrique, en Haute-Gaspésie, en est un service de proximité. Il est difficile de concevoir qu'une femme de Madeleine... de Rivière-Madeleine puisse aller accoucher du côté de Matane. Cependant...

**M. Chevarie:** C'est combien de kilomètres entre Rivière-Madeleine puis...

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, écoutez, on parle certainement de 250... oui, autour, 200, 250 kilomètres pour s'y rendre. Puis, écoutez, c'est sûr que ce n'est pas une situation qui est actuellement acceptable. Ce qu'on a à faire... Et, là-dessus, on a travaillé avec notre ministre pour s'assurer de son appui dans notre stratégie. Évidemment, ce qu'on souhaite, nous, c'est de rétablir, puis, pour rétablir ce service-là après deux ans de fermeture... Moi, je ne parle pas nécessairement d'un rétablissement, mais je parle d'un développement de service, là, parce qu'après deux ans, O.K., de fermeture de service, il faut refaire les choses. Donc, il faut reconstituer une équipe médicale, je veux dire, pour faire des accouchements, il faut s'assurer, je veux dire, qu'à ce moment-là on ait un service de garde approprié, qu'on ait un plateau technique à niveau, qu'on ait aussi une transition qui soit assurée par des médecins qui ont fait des accouchements au cours des dernières années, il faut s'assurer d'avoir de la formation. Il faut aussi être en mesure de garder aussi vivant ce service-là. Ce que je ne souhaiterais pas, c'est de partir un service qui s'éteindrait

au bout de six mois parce qu'on n'a pas tout prévu. Donc, l'idée derrière ce qu'on est en train de faire...

Et on ne peut pas travailler ça seuls non plus, il faut garantir que, du côté de La Haute-Gaspésie, on ait une offre médicale, O.K., donc suffisamment de médecins pour avoir une offre de services adéquate sur le plan médical. Actuellement, on n'est pas capables de garantir ça. Ce n'est pas avec 11 médecins en omnipratique sur 22 qu'on va réussir à offrir des services d'urgence stables, qu'on va assurer de l'hospitalisation stable et qu'en plus de ça on va faire des suivis dans la communauté bien constitués. On ne peut pas faire ça, on ne peut pas assurer ça. Donc, il faut travailler d'abord sur une stratégie d'attraction puis de recrutement d'effectifs médicaux.

Et je ne vois pas pourquoi, en Haute-Gaspésie, on ne réussirait pas, alors que, partout ailleurs dans la région, on a réussi. On ne pourra pas le faire seuls, et c'est pour ça qu'on s'est adressés aux élus la semaine dernière et qu'on a développé ensemble une stratégie conjointe pour pouvoir y arriver. Mais de demander uniquement à l'agence et uniquement au centre de santé que... de travailler sur ce dossier-là, on ne pourra pas y arriver, il faut absolument, je veux dire, avoir un maillage avec la communauté de La Haute-Gaspésie pour réussir de passer à travers.

Mais la volonté est ferme de ce côté-là, du côté de l'agence, c'est... On a à déposer un rapport au ministre le 1er avril. On va tout faire pour faire la démonstration que, oui, c'est possible. Mais, dans un contexte où ça ne l'est pas, il faudrait être aussi assez honnêtes pour dire: Écoutez, dans un... dans le contexte où on n'a pas de médecin, bien ce n'est pas vrai qu'on va faire venir des dépanneurs puis du médecin de dépannage pour faire des accouchements en Haute-Gaspésie. Les femmes là-bas ont besoin d'avoir...

**M. Chevarie:** Un suivi.

**M. Pelletier (Gilles):** ... une stabilité au niveau des suivis. On a rétabli un suivi de grossesse à ce moment-ci, je veux dire, c'est un premier pas. On va continuer le travail pour s'assurer qu'on va mener à terme nos démarches pour assurer la reprise, la reprise ou le développement du service.

**M. Chevarie:** Merci. Concernant les ressources humaines, on sait que le personnel du réseau et les équipes médicales, évidemment c'est ce qu'il y a de plus... c'est nos actifs les plus précieux dans... dans la dispensation des services en santé, en services sociaux, tout ça. Et je voyais que, dans la présentation de votre rapport, vous citez une stratégie régionale. J'aimerais ça, moi, avoir un peu plus de détails sur cette stratégie-là, parce que le... la main-d'oeuvre est un défi pour les prochaines années dans toutes les organisations, et particulièrement dans le réseau de la santé, où ça prend du personnel très qualifié, souvent avec une expertise pointue dans certains secteurs. J'aimerais ça avoir de votre part les principaux de... les principaux éléments de cette stratégie régionale là.

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, d'abord, il faut mentionner qu'une stratégie régionale comme celle-là, ça devient nécessaire parce que le problème de la pénurie d'effectif est généralisé, hein, elle est dans tous les établissements et dans une bonne proportion de corps d'emploi. Donc, il est impensable de dire qu'au niveau de chacun des territoires on allait avoir des stratégies individuelles. Donc, il fallait

absolument voir de quelle façon régionalement on allait faire face à la pénurie qui s'en vient. La pénurie qui s'en vient, pour vous donner une idée, au niveau infirmier d'ici 2013, c'est 30 % de notre effectif infirmier qui ira à la retraite, donc une infirmière sur trois. Puis on ne veut pas... Je dis souvent...

**M. Chevarie:** Est-ce que c'est comparable avec l'ensemble des autres régions, le savez-vous?

**M. Pelletier (Gilles):** Disons qu'à l'heure actuelle on est peut-être un peu moins touchés, mais on le sera sûrement de plus en plus au cours des trois prochaines années. Et c'est actuellement qu'il faut travailler fort pour essayer de faire face à cette pénurie-là qui s'en vient.

Donc, on disait stratégie régionale, stratégie régionale qu'on a voulu bâtir en trois volets. D'abord un volet qui s'adresse spécifiquement aux étudiants, hein? Donc, on se rend compte qu'au cours des dernières années le réseau de la santé en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, comme un peu partout au Québec, n'a pas tellement été valorisé dans ses actes. Puis pourtant, quand on regarde les résultats qu'on a obtenus au niveau de la grippe A, la valorisation du personnel qui en est ressortie et les taux de satisfaction, je veux dire, manifestés par les usagers en rapport avec les services qu'on donne, c'est très élevé. Mais, au niveau de la population, on n'a pas nécessairement toujours la cote.

Donc, ce qu'on a voulu faire, c'est de se dire: Il faut revaloriser les métiers de la santé, et ça, on a commencé des stratégies qui s'adressent aux jeunes de secondaire III, secondaire IV, où on a voulu avec eux... Puis c'est vraiment avec eux, parce qu'on a développé des stratégies avec les jeunes de secondaire III, secondaire IV pour les aider à bâtir aussi une façon de travailler entre eux au niveau des métiers... des métiers de la santé. Donc, on a là une stratégie intéressante au niveau des jeunes du secondaire.

Au niveau des jeunes du collégial, bien tous ceux qui sont actuellement inscrits dans des métiers de la santé, on connaît leurs noms, on sait où ils vont aller à l'université, on sait qu'est-ce que... On les suit, O.K.? On va essayer de les accrocher pour faire en sorte... Et il y a même quelque chose qu'on a fait, puis particulièrement du côté des Îles-de-la-Madeleine, c'est qu'on a donné des garanties d'emploi. À la fin de leurs études, s'ils réussissent à avoir la diplomation, on les attache, on leur dit: Vous avez un emploi et vous pourrez pratiquer dans le centre hospitalier. Donc ça, je veux dire, c'est du gagnant.

Et évidemment, je veux dire, ce qu'il faut regarder, nous, c'est là où on a une précarité, donc au niveau de la réadaptation. Donc, les techniciens en réadaptation physique qui sont intéressés à aller étudier à l'extérieur, on veut les connaître. On veut aussi, par l'octroi de stages à l'intérieur de nos centres de santé, essayer d'accrocher notre monde, aussi. Il n'y a rien comme de faire en sorte d'avoir des stages dans notre région pour accrocher ces jeunes-là.

Troisièmement, on a une autre stratégie... deuxièmement, c'est-à-dire, au niveau de nos employés. Nos employés sont nos ambassadeurs, sont nos relayeurs. Il faut absolument, je veux dire, être en mesure de permettre à ces gens-là d'intéresser par leur pratique, d'intéresser leur entourage. Donc, on a une stratégie ciblée pour eux.

Et en tout dernier lieu, notre troisième volet consiste à s'intéresser aux stratégies relatives aux nouvelles générations. On parle de génération Y, génération I. Donc, ces gens-là

n'ont pas le même rapport au travail que, nous, on a pu l'avoir dans notre temps. Donc, ce qu'il faut, c'est être en mesure de développer des stratégies particulières. Nous, on pense qu'on a des attraits importants. Donc, la qualité de vie chez nous, je veux dire, elle est forte, elle est haute. Deuxièmement, on a des possibilités d'adaptation, aussi, d'horaires de travail qu'on veut regarder. On veut être original aussi dans la prestation de nos services, donc, s'il y a lieu de faire des aménagements particuliers, c'est ce qu'on veut faire, on va s'intéresser à ça, les lieux de travail aussi, à distance, du télétravail. Donc, on va essayer d'explorer le plus de possibilités pour intéresser et retenir les effectifs.

**M. Chevarie:** Excellent!

**M. Pelletier (Gilles):** Donc, ça fait partie de nos trois stratégies de fond sur lesquelles, au cours des prochaines années, on va s'intéresser.

**M. Chevarie:** Est-ce qu'il me reste encore du temps?

**Le Président (M. Kelley):** C'est un petit peu serré. Alors...

**M. Chevarie:** Un petit peu serré. On passe à...

**Le Président (M. Kelley):** Moi, je veux juste... dernière question sur ce bloc...

**M. Chevarie:** Oui.

● (11 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** Juste en complément. Il y a beaucoup de personnes qui disent que les Québécois prennent leur retraite trop jeunes. Alors, dans votre 30 % des personnes qui s'en vont à leur retraite, est-ce qu'il y a des mesures qu'on peut envisager pour les convaincre de continuer à travailler, temps partiel ou d'autres moyens de peut-être freiner? Parce que votre chiffre est similaire, on a vu ça avec d'autres agences aussi. Et est-ce qu'il y a un moyen... Cette commission a entendu la Régie des rentes du Québec qui, entre autres, voulait nous encourager de tous travailler au moins à 65 ans. Est-ce que c'est parmi les choses qu'on peut envisager pour cette clientèle qui est prête à partir, chez vous?

**M. Pelletier (Gilles):** Je vous dirais: Autant au niveau des cadres du réseau, parce que les cadres du réseau aussi... On n'en a pas parlé, mais, pour nous, là, au cours des trois prochaines années, c'est un cadre sur deux, pratiquement, qui va s'en aller à la retraite. Donc, évidemment, ce qu'on...

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, oui, c'est ça. Vous êtes à peu près dans le compte. Ce que... Évidemment, ce qu'on souhaite, c'est de pouvoir retarder. O.K., profiter de l'expertise de ces gens-là. Et, plus que ça, on souhaiterait qu'il y ait du mentorat qui se fasse, donc de l'accompagnement, des possibilités pour ces gens-là de partager et de transférer leur expertise. Donc, non seulement ça retarde le départ de ces gens-là, mais ce que ça contribue à faire, c'est que ça maintient un niveau d'expertise et un transfert d'expertise

au niveau de nos organisations. Donc, on est, nous autres, franchement orientés vers des mesures comme celles-là. Il reste à savoir, par exemple, comment les gens vont répondre. Moi, je demeure convaincu que ce n'est pas une question d'argent, hein, et que c'est... Peut-être que ça peut effectivement... ça peut effectivement aider.

Mais il y a quelque chose là-dedans qui s'appelle un projet, un projet de retraite ou un projet de transfert de connaissances, qui fait en sorte que les gens accrochent puis qu'ils vont retarder parce qu'ils y trouvent un intérêt. Donc, moi, je pense que, si on a des projets assez bien constitués, qui pourraient faire en sorte d'être attrayants... Je pense à du travail diminué trois jours-semaine, mais du travail de mentorat, je pense à peut-être des congés sans solde pour ressourcement ou congé avec solde pour ressourcement, pendant trois, quatre mois, aider quelqu'un à sortir pour un temps x, puis revenir un peu plus tard ressourcé. Donc, il y a... il y a des formules qu'on pourrait explorer qui pourraient effectivement retarder la retraite des gens. Mais on n'a peut-être pas regardé tout ça à l'heure actuelle, mais on s'y prête.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Matane?

**M. Bérubé:** En effet.

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Bon.

**M. Bérubé:** Sans surprise, M. le Président, sans surprise.

**Le Président (M. Kelley):** Député de... La parole est à vous, M. le député.

**M. Bérubé:** Merci, M. le Président. M. Pelletier, chère équipe de Gaspésiens, d'entrée de jeu une question, une question simple: Combien de femmes de La Haute-Gaspésie ont accouché en 2009?

**M. Pelletier (Gilles):** En 2009... 2008-2009, on était, des femmes en Haute-Gaspésie qui ont accouché, autour de 75, hein?

**M. Bérubé:** 75. Le 16 juin 2009, lorsque j'ai posé la question au ministre, il m'a répondu: 32. Alors, vous indiquez tout à l'heure une collaboration avec le ministre sur l'ampleur de ce qu'on vit; vous comprendrez que ça démarrait mal l'analyse qu'on avait, nous, en Haute-Gaspésie, quant à l'ampleur de la problématique.

C'est une problématique qui est unique au Québec, d'ailleurs. Ce n'est pas tous les jours que La Haute-Gaspésie fait la première page de *La Presse*. C'était le cas en septembre dernier. Beaucoup a été dit, et avec raison. Cette maman qui est sur la couverture de *La Presse* est une maman qui a dû faire un suivi de grossesse à Matane et qui a risqué sa vie, qui a eu un accident grave, un accident de voiture. C'est des mamans qui partent effectivement de Rivière-Madeleine pour aller jusqu'à Matane, de tous endroits.

C'est un symbole fort, celui de ne pas avoir d'obstétrique en Haute-Gaspésie. C'est un cas, je crois, unique au Québec, avec le Nord-du-Québec qui vit ça également. C'est fondamental, lorsque vient le temps d'attirer des gens, notamment même des professionnels de la santé, dans

notre région, d'avoir des services minimums pour que les familles puissent se faire sur le territoire.

Évidemment, conscient de la problématique du recrutement des médecins, j'ai eu l'occasion de participer avec des gens de l'agence à cette journée annuelle de recrutement des médecins à Montréal. Mon collègue député de Marie-Victorin y était également. J'ai beaucoup apprécié ce contact-là. C'est une stratégie qui est permanente. D'ailleurs, je vous indique que — vous avez eu une rencontre récemment avec les élus municipaux — j'ai offert mes services, en décembre 2008, au CSSS de la Haute-Gaspésie pour le recrutement des médecins, ce qui a été refusé à l'époque, d'offrir mes services pour faire ce recrutement-là.

Alors, oui, il y a le recrutement des médecins, ça ne se fera pas du jour au lendemain. Mais ce que j'ai besoin d'entendre comme député, la population également, c'est une volonté, malgré toutes ces embûches-là, de rouvrir le service à terme. Et, jusqu'à maintenant, jamais on n'a entendu de la part de celui qui gère le réseau, du ministre, cette volonté-là de rouvrir. Parce que, quand je regarde le mandat qui vous a été confié le 2 juillet dernier — je m'en souviens parce que c'était la veille de la conférence de presse que j'avais convoquée sur cette question-là, c'était probablement une coïncidence, d'ailleurs — on indiquait que votre mandat sera celui de procéder à l'analyse de la situation de l'obstétrique au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie et d'en soumettre des recommandations en avril 2010.

Les mots ont vraiment un sens, parce que, si l'intention déjà annoncée, c'est... les constats sur comment on peut rouvrir, déjà, dans notre capacité de recrutement, on est capable de dire aux gens: Oui, on va rouvrir à terme, encore là, il y a un flou qui est demeuré. Évidemment, vous faites avec le mandat qu'on vous a confié. Quelle est votre compréhension de l'ampleur de la problématique et également du mandat qui vous est confié comme agence?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, d'abord, ce qu'on souhaite vous dire aujourd'hui, c'est que la volonté de l'agence de travailler à remettre en place un service d'obstétrique en Haute-Gaspésie et la volonté du ministre de nous aider à mettre le service en place, elle est là, elle est acquise. Puis on ne travaillerait pas, je veux dire, dans un contexte où ce n'est pas quelque chose qui est souhaité de la part du ministre. Donc, là-dessus, je vous dirais qu'on va travailler dans ce sens-là.

Évidemment, le service d'obstétrique en Haute-Gaspésie, pour moi, c'est un morceau du puzzle, parce qu'à l'heure actuelle le service d'obstétrique en Haute-Gaspésie est le symbole de quelque chose. C'est le symbole de quelque chose qui ne va pas très bien au niveau de l'offre de services médicaux en Haute-Gaspésie et du fonctionnement même de l'organisation des services. Donc, ce sur quoi, nous, on veut travailler, c'est sur plusieurs fronts.

Je disais tout à l'heure: L'offre de services en obstétrique, il est important de travailler dessus. Mais vous comprendrez qu'avec 11 médecins sur 22, dans un plan d'effectif, on ne peut pas penser à quelque chose comme ça. On n'est même pas capables de couvrir entièrement nos plages à l'urgence. Donc, il faut commencer par stabiliser notre offre de services médicale. Ça veut dire: peut-être pas aller chercher 11 médecins, mais aller en chercher une quantité suffisante, 17, 18 sur les 22 requis, pour être capables d'avoir une offre médicale bien constituée.

À l'intérieur de cette offre médicale là, en omnipratique, il faut être en mesure au moins d'avoir trois médecins omnipraticiens qui vont s'intéresser à la pratique en obstétrique. Pourquoi trois? Bien, c'est simple, il n'y a pas un médecin uniquement, je veux dire, qui va aller pratiquer en Haute-Gaspésie, faire du service de garde 24 sur 24, 7 jours-semaine. Il faut donc avoir là, je veux dire, un minimum d'effectif, et on pense que trois, c'est le bon nombre. Avec déjà le maillage qui se fait avec nos spécialistes, donc chirurgiens, anesthésistes et radiologistes qui sont déjà en place, on pense qu'on serait en mesure, à ce moment-là, de pouvoir démarrer ou redémarrer un service.

Mais, une fois qu'on a dit ça, il faut aussi, dans le temps, se dire que, dès le moment où on aura des perspectives de recrutement, il faut penser à rehausser notre plateau technique, parce que le plateau technique, là, au fil des ans... On vient de réacheter un échographe, O.K., pour permettre les suivis de grossesse. Il faut rétablir un plateau technique adéquat. Il faut redonner de la formation à des infirmières qui n'ont pas été au front depuis deux ans. Il faut aussi être en mesure... Parce que là on repartrait l'obstétrique à Sainte-Anne-des-Monts avec des médecins nouvellement arrivés, il va falloir coacher ce monde-là, il va falloir travailler, je veux dire, dans un contexte de transition, et on prépare le terrain, je veux dire, à ce moment-ci avec le centre de santé de Matane, O.K.?

Donc, tout ça, là, je veux dire, ça fait partie d'un plan de match, je veux dire, qui est actuellement en train de se constituer.

**M. Bérubé:** M. le Président, en complémentaire. Merci de votre réponse, votre voix s'ajoute clairement à tous ceux qui réclament le rétablissement du service. J'ajoute que je souhaiterais, moi, personnellement, que le ministre s'ajoute, il ne l'a jamais fait. Trois questions ont été posées en Chambre en 2009, trois, et, à chacune des fois... Même qu'on évoquait différents scénarios où ça pourrait être seulement le suivi de grossesse qui se fait chez nous.

Vous avez parlé tout à l'heure du suivi de grossesse qui a été rétabli. Idéalement, il n'aurait jamais dû être arrêté, c'est une décision locale qui a été prise. J'ai vu la note de service qui a été envoyée à Matane. C'est une décision qui ne relevait, quant à moi, pas de l'agence, celle-là, mais qui a eu des conséquences importantes sur un certain cafouillage, parce que des mamans de l'est de La Haute-Gaspésie arrivaient à Sainte-Anne-des-Monts, les médecins disaient: Bien, écoutez, nous, on ne touche plus à l'obstétrique, c'est clair, vous allez à Matane. Il y a eu des témoignages assez éloquents, qui ont été dans les médias, d'ailleurs. J'avoue que c'était regrettable. Je comprends que l'agence a constaté un peu les faits, mais ça a causé, chez nous, beaucoup de confusion.

Dans les scénarios que vous allez... potentiels, que vous allez remettre au ministre pour le 1er avril, est-il exact qu'une des options envisagées pourrait être que le service soit dispensé sur une base permanente par le Centre hospitalier de Matane?

**M. Pelletier (Gilles):** Ça n'a jamais été une hypothèse...

**M. Bérubé:** Je vous pose la question.  
● (11 h 20) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Non... jamais été une hypothèse abordée ni par le ministre, ni par moi, ni par mon collègue du Bas-Saint-Laurent et moi. Il n'a jamais été, dans nos discussions... Et le Dr Mercier est là aussi pour en témoigner, on a toujours travaillé dans un esprit où on souhaitait d'abord avoir une couverture de services adéquate du côté du Bas-Saint-Laurent. Et je remercie les gens du Bas-Saint-Laurent, parce qu'autant les gens du centre de santé que les gens de l'agence ont été facilitateurs là-dedans. Et...

**Mme Doyer:** On collabore, des fois.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, oui, tout à fait.

**Mme Doyer:** Souvent.

**M. Bérubé:** Vous comprenez que c'est... Puis là je vous explique pourquoi je vous pose cette question-là: c'est un scénario qui a été évoqué en Chambre par le ministre lui-même.

**M. Pelletier (Gilles):** Nous, à tout le moins, là, ce que je peux vous dire, je peux vous affirmer...

**M. Bérubé:** Je comprends que c'est compliqué à suivre.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, mais je vous dis que nous avons jusqu'à maintenant assuré... Et ça, on n'a jamais discuté, O.K., de l'organisation de services de façon permanente du côté de Matane. Et je vais réitérer quelque chose ici, là, qui est très important pour nous, hein, c'est que voir disparaître des services de notre région au détriment d'une autre région, je veux dire, jamais je n'accepterai ça sans déployer tous les efforts, O.K.?

**M. Bérubé:** ...très clairement, mais c'est un scénario qui a été évoqué le 25 avril 2009 par le ministre, que le service pouvait être disposé... dispensé ailleurs, et l'«ailleurs» est beaucoup Matane. Je suis également député de la MRC de Matane, vous comprenez que j'ai également des signaux de... de l'excès de travail que ça cause pour les infirmières, pour les médecins. Les médecins se sont exprimés là-dessus. C'est compliqué. Donc, vous me rassurez quant au scénario potentiel. Évidemment, là, je me réfère, moi, d'élus à élus, à ce que le ministre m'a indiqué en Chambre, donc pas en catimini, et là c'est un des scénarios qui a été envisagé. Alors, je suis heureux d'avoir l'occasion de vous poser la question, parce que ce serait... ce ne serait, quant à moi, pas une bonne solution.

Quant aux ressources sur le recrutement, je vous indique que, l'an dernier, il a fallu que la MRC de La Haute-Gaspésie défraie une partie du salaire de la personne, dans le recrutement, pour relancer le service. Donc, est-ce qu'il serait envisageable qu'il y ait des ressources supplémentaires en Haute-Gaspésie quant à la ressource humaine, ses frais de déplacement, compte tenu que c'est essentiellement là qu'il y a un problème de recrutement de clientèle? Je vous pose cette question-là.

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, à ma connaissance, chacun des centres de santé a à l'intérieur de son budget des sommes requises pour embaucher un recruteur, O.K.? Il n'y a pas un centre de santé qui actuellement... D'ailleurs,

on a été très surpris de voir, O.K., qu'il y avait une demande qui avait été adressée à cet effet-là par le préfet de la MRC, parce qu'on se disait...

**Une voix:** L'année électorale.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, mais parce qu'on se disait: Ça, normalement, excusez l'expression, mais c'est «built in» à l'intérieur du budget, O.K.? Donc, on n'a pas, nous, je veux dire, de notre côté, demandé ou préconisé, je veux dire, ce genre d'alternative. Cependant, et ça, je veux le rajouter, la semaine dernière, lors de notre rencontre avec les élus de La Haute-Gaspésie, ce qu'on a réussi à faire, c'est d'avoir un maillage avec une personne responsable de la MRC pour s'assurer qu'il puisse y avoir une stratégie conjointe, élus et établissements puis agence aussi, pour essayer de bâtir un projet qui va nous permettre justement d'attirer les effectifs.

**M. Bérubé:** ...entièrement d'accord là-dessus, puis c'est le fruit de toute la communauté, parce qu'une visite dans un centre hospitalier, c'est un élément de la pratique, mais également toute la vie...

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait.

**M. Bérubé:** Et vous savez qu'en Haute-Gaspésie on a tout ce qu'il faut pour charmer les gens. Je suis heureux de l'entendre, puis encore une fois je réitère ma volonté de participer.

Vous avez conclu une entente de principe, qu'on pourrait appeler, avec certains élus municipaux de La Haute-Gaspésie, notamment le préfet. À quel moment ce sera communiqué à la population, cette entente-là?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, en fait, par voie de communiqué la semaine dernière, on a transmis à la population qu'on allait se donner un plan d'action, O.K., qu'on allait faire en sorte, là, de se... de partager nos responsabilités et de procéder à des stratégies de recrutement. Vous comprendrez que ce qui a été mis en place à ce moment-ci... Puis ça, ça fait partie intégrante du plan d'action qu'on s'est donné, c'est d'avoir un comité de recrutement bien constitué. Donc, un comité de recrutement, ce que ça consiste... ce à quoi ça consiste, c'est d'avoir à l'intérieur du centre hospitalier des médecins intégrés dans cette structure-là. Donc, on a deux médecins qui sont coprésidents de ce comité-là...

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Gilles):** ...oui, puis Dr Gagnon, et on se... on a aussi à... dans ce comité-là, d'autres médecins qui, eux, seront interpellés lors de visites de nouveaux arrivants pour être en mesure de leur présenter le type de pratique, O.K., qu'il y a en Haute-Gaspésie.

**M. Bérubé:** ...qui a été retenu, comme je vous dis, ça a été envoyé formellement en 2008, alors je serai heureux d'y participer.

Avant que je l'oublie, j'ai une réponse pour vous à une intervention de ma collègue de Matapédia tout à l'heure concernant la présence de vidéopokers en Gaspésie. Alors, j'ai un document que je vais vous remettre, 25 mai 2009,

une demande d'accès à l'information que j'ai faite à Loto-Québec. Alors, il y avait au départ 39 sites et 127 appareils de loterie vidéo sur le territoire Gaspésie—Les Îles, et, au 31 mars 2009, à la fin du programme, où il y en a moins, il y aura 28 sites et 107 appareils de loterie vidéo, là. Je dépose, M. le Président.

Et je porte à votre attention que, selon toutes les indications que j'ai, il y a davantage de terminaux de loterie vidéo illégaux, sur le territoire de la Gaspésie, que de légaux, et ils sont concentrés dans un endroit. Je m'arrêterais là, mais je peux vous dire que ça cause des problèmes. Probablement que, dans le secteur qui est visé — puis je sens que vous soupçonnez l'endroit, vous aussi — il y a peut-être des problèmes de jeu qui sont ajoutés. Alors, cette information-là est importante, et je vous invite à peut-être la considérer dans votre analyse, voire même la considérer avec le ministère de la Sécurité publique, pour d'autres raisons, là où il y a un secteur visé.

Je vais poser une question également pour ma collègue, on a une collaboration, on est des députés voisins, comme vous le savez, alors je pose des questions que j'ai avec elle, d'ailleurs. Sur la question de la santé mentale, pouvez-vous nous déposer un état de situation concernant l'application du Plan d'action en santé mentale dans votre... en Gaspésie—Les Îles, incluant le niveau d'atteinte des cibles prévues au plan d'action et les défis pour les atteindre, le cas échéant, d'ici 2010? J'ai d'autres questions que je vais vous poser, et on pourra... on peut remettre ça, oui...

**Une voix:** Non, vas-y.

**M. Bérubé:** O.K. Places d'hébergement...

**M. Pelletier (Gilles):** Excusez, est-ce que je peux poser...

**M. Bérubé:** Allez-y.

**M. Pelletier (Gilles):** C'est que, là, c'est une demande que vous nous faites...

**M. Bérubé:** Oui, oui.

**M. Pelletier (Gilles):** ...formelle...

**M. Bérubé:** Formelle.

**M. Pelletier (Gilles):** ...de vous remettre l'état d'avancement...

**Une voix:** ...

**M. Bérubé:** Vous l'aurez dans le verbatim.

**Mme Doyer:** M. le Président, si vous me permettez, parce que tantôt j'ai posé des questions puis... c'est ça, de façon formelle, un état de situation, un horizon de quatre, cinq ans.

**M. Bérubé:** Et également...

**Le Président (M. Kelley):** ...parce que j'étais en train de regarder votre ancien dépôt de document, alors c'est un bilan sur...

**M. Bérubé:** Santé mentale, donc un état de situation concernant l'application du Plan d'action en santé mentale, le niveau d'atteinte des cibles prévues au plan d'action puis les défis pour 2010.

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Non, non, juste pour Mme la secrétaire, pour s'assurer qu'on...

**M. Bérubé:** J'ai également un autre aspect, qui est les places d'hébergement, question importante. Nous aimerions avoir les données au sujet des lits d'hébergement en soins de longue durée, le nombre de places en CHSLD qui ont été fermées depuis 2005, le nombre de places en ressources intermédiaires, les RI, qui ont été ouvertes depuis 2005 et objectifs à terme, avec échanciers, le nombre de places en ressources de type familial qui ont été ouvertes depuis 2005 et objectifs à terme, avec échanciers.

Parmi les personnes qui reçoivent les soins à domicile, il y en a un certain nombre qui ne reçoivent pas le nombre d'heures-soins qui est recommandé par le médecin. Est-ce que vous avez des statistiques à cet effet? Et est-ce que vous avez des statistiques concernant le nombre de personnes en attente de soins à domicile? Combien d'aînés en attente d'une place en hébergement mais qui occupent présentement un lit de courte durée dans un hôpital?

Et enfin, pouvez-vous nous dresser le bilan des projets de CHSLD qui ont été construits en mode PPP et dresser le bilan des projets projetés en mode PPP?

Et enfin, plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie, plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie, un état de situation concernant l'application du plan d'action 2005-2010 pour les aînés en perte d'autonomie dans notre région, incluant le niveau d'atteinte des cibles prévues au plan d'action et les défis pour les atteindre, le cas échéant, d'ici 2010. Je m'arrête là parce que je veux poser une autre question. Combien j'ai de temps?

**Le Président (M. Kelley):** Mais, je pense, juste pour nos façons de faire à l'avenir, si vous avez... Je vais faire écho aux commentaires du président de l'agence du Québec hier, peut-être, si on peut préalablement et si... des demandes précises comme ça... Ce n'est pas un reproche, mais peut-être juste pour faciliter la vie... Et je ne sais pas si vous avez capté l'ensemble de ces demandes ou si on peut avoir... Est-ce que c'est impossible ou est-ce que c'est le genre de choses qu'on peut trouver... J'imagine, c'est accessible, alors... Mais, peut-être juste pour faciliter nos façons de faire, si on a quelque chose qu'on peut déposer ou transmettre directement à l'agence en question...

**M. Bérubé:** Combien de temps ai-je toujours, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Oui, oui, il vous reste...

**M. Bérubé:** C'est vous qui décidez.

**Le Président (M. Kelley):** Dans l'ensemble de votre temps, il vous reste 30 minutes.

**M. Bérubé:** Pour ce bloc-là?

**Le Président (M. Kelley):** Dans le bloc de 20 minutes, il reste trois, quatre.

**M. Bérubé:** O.K. M. Pelletier, le 4 mai dernier, vous avez partagé avec moi une inquiétude — le saviez-vous? — sur la question du 250 kilomètres, l'accès au support financier concernant le transport des malades. C'est une règle qui existe un peu partout au Québec mais qui, chez nous, pose particulièrement problème pour le territoire allant de Capucins à certaines parties de Mont-Louis; ce n'est pas exact, là... Compte tenu du manque de spécialistes chronique qu'on a chez nous, compte tenu du suivi qui est à faire dans différents domaines, à Rimouski entre autres, est-ce que vous trouvez qu'il serait pertinent que le ministère établisse des règles particulières pour la Haute-Gaspésie et également pour l'ensemble de la Gaspésie? Je pense au secteur des Plateaux, entre autres, là, qui... Je me souviens du maire Audy, qui avait... qui était sorti publiquement sur cette question-là. Je pense que c'est le maire de Pointe-à-la-Croix. Sur cette question-là, où en êtes-vous? Êtes... Est-ce que vous plaidez cette question-là dans vos attributions de budget? C'est un problème réel pour votre clientèle?

● (11 h 30) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Effectivement. Je vous dirais qu'à l'heure actuelle il y a une révision de la politique nationale concernant le transport ou le déplacement des usagers. Juste pour faire un petit rappel, en 2003-2004, nous avons, comme région, élaboré, je veux dire, toute une nouvelle façon de concevoir le transport ou à tout le moins le remboursement du déplacement des usagers.

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, oui, ça a été retenu, O.K., parce que, rappelons-nous, il y a quelques années, nous n'avions qu'un remboursement forfaitaire pour le kilométrage. Aujourd'hui, nous avons un remboursement pour des nuitées, pour des accompagnateurs, et nous avons eu aussi une compensation pour les repas. Ça, c'est un gain important que la Gaspésie a fait en 2002-2003. On s'est débattu... Puis, même, ça a été appliqué rétroactivement, je veux dire, au... en 2002-2003. Donc, ça a augmenté significativement l'enveloppe régionale, de 2,5 millions ou 3 millions. Là, actuellement, le problème qu'on a, c'est qu'à l'intérieur du territoire, oui, il y a des parcelles de territoires qui sont désavantagées par une accessibilité de service au-delà de 250 kilomètres.

**M. Bérubé:** ...un dernier élément. En fait, ce qui est discriminé dans mon cas, c'est Capucins à Mont-Louis.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui.

**M. Bérubé:** Dernière question, les services ambulanciers. Il y a un projet pilote en... à la Baie-des-Chaleurs, qui d'ailleurs se poursuit puis donne des résultats. On en est tous jaloux. Pourquoi avoir choisi la Baie-des-Chaleurs au lieu de Côte-de-Gaspé, Rocher-Percé, ou Haute-Gaspésie, ou les Îles?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, d'abord, si... il faut se dire que c'est un projet FTQ, O.K.?

**Une voix:** Un projet?

**M. Pelletier (Gilles):** FTQ.

**M. Bérubé:** FTQ dans le sens syndical, là?

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, syndical. FTQ, O.K.?

**Une voix:** FTQ.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. C'est un projet FTQ qui a été... Puis, la FTQ est présente dans la Baie-des-Chaleurs. Donc, c'est un projet qui a été bâti, monté, défendu par la FTQ et qui a pris forme, je veux dire... puis je pense... je n'oserais pas dire que ça s'est produit ailleurs de la même façon, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, à Chibougamau, je pense, dans les Laurentides aussi...

**Une voix:** ...la Côte-Nord, Baie-Comeau.

**M. Pelletier (Gilles):** ...la Côte-Nord, mais chez nous c'est vraiment un projet FTQ. Donc, ailleurs sur le territoire, on a des techniciens ambulanciers qui sont syndiqués CSN, O.K.? Donc, maintenant, je veux dire, ce qu'on a au niveau du... c'est un projet pilote, je veux dire, qui a été... Puis c'est tout en leur honneur, je veux dire, ils ont réussi à avoir ça, ce projet pilote là. Et ce qui se passe là, c'est qu'évidemment, je veux dire, on a des temps réponse qui sont améliorés parce que les techniciens ambulanciers, paramédics, sont dans leurs véhicules. Donc, n'ayant pas à aller de chez eux à la caserne, embarquer dans leurs voitures, bon, évidemment on se retrouve dans un positionnement optimal sur le territoire. Là, ce qu'on sait, c'est que, dans le courant de la prochaine année, il y aura une évaluation de l'AETMIS sur ce projet-là, qui sortira des conclusions.

**M. Bérubé:** Je termine. Je suis heureux d'apprendre cette information-là, que, nous, on est surpris d'apprendre, parce que, s'il y avait un facteur, disons, de dangerosité, toute la question de la téléphonie cellulaire, qui n'est pas disponible de Saint-Joachim-de-Tourelle, pour donner le nom ancien du village de ma mère, jusqu'à Rivière-au-Renard...

**M. Pelletier (Gilles):** Et de la mienne.

**M. Bérubé:** Et vous aussi?

**M. Pelletier (Gilles):** Et de mon père.

**M. Bérubé:** Bien là, se trouve plus de points en commun qu'on se connaît.

**Le Président (M. Kelley):** Des retrouvailles.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Bérubé:** Vous savez que ma mère habitait au théâtre Chez Arthur, à côté. Mais je suis sûr que vous savez c'est où.

**M. Pelletier (Gilles):** Ah, oui? Bon, bon, bien, on a sûrement des accointances.

**M. Bérubé:** Alors... Alors, c'est étonnant, parce qu'il y a un facteur de dangerosité à l'absence de téléphonie

cellulaire, et les ambulanciers plaident ça souvent. Alors, je comprends que c'est des données... en fait, c'est une intention syndicale d'appuyer ce projet-là et que la ministre a... le ministre, à l'époque, a cru bon le financer en partie comme ça.

**M. Pelletier (Gilles):** C'est comme ça. Puis, pour revenir un peu sur le volet de la télécommunication, parce que vous soulevez un problème important dans notre région, vous savez qu'à l'heure actuelle le réseau intégré de radiocommunications est en train de s'implanter en Gaspésie.

**M. Bérubé:** Le service 9-1-1 s'est amélioré cette semaine, aussi, là.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Et là ce qu'on se rend compte, c'est que, d'ici peu, on aura le service intégré, donc radiotélécommunications, disponible partout, je veux dire, sur le territoire, peu importe les endroits où on se trouvera. Donc...

**Une voix:** On a bien hâte.

**M. Bérubé:** O.K. Ça va. Je vous remercie.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, juste avant de passer la parole au député des Îles-de-la-Madeleine de nouveau, il reste environ 26 minutes à ma gauche et 30 minutes à ma droite. Alors, juste pour gérer votre temps, on peut faire ça dans un bloc ou deux blocs plus courts. Je laisse ça à vous autres de gérer le temps. Moi, je gère le total uniquement. Alors, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Avant d'aborder une autre série de questions, j'aimerais apporter une parenthèse concernant le... pour l'information du député de Marie-Victorin concernant le déficit aux Îles-de-la-Madeleine. Il y avait un troisième élément qui a causé le déficit structurel, qui était le mazout, le coût du mazout. On sait que c'est un élément important aux Îles-de-la-Madeleine, compte tenu qu'on est chauffé et éclairé à partir d'une centrale thermique qui produit de l'énergie, de l'électricité avec le mazout, et les établissements de santé et de services sociaux sont chauffés et éclairés à partir de l'huile n° 2. Et, en 2004, il y a eu une explosion totale des coûts de l'huile à chauffage, et ça a occasionné un dépassement de coûts de peut-être de l'ordre de 200 000 \$ à 300 000 \$, là. Je ne me souviens plus exactement du chiffre, mais l'établissement n'était pas financé à la hauteur de ce... de cette problématique-là, là, de ces coûts-là.

Alors, ma prochaine question, c'est un peu dans le même esprit que l'a abordée le député de Matane, concernant la politique de transport des... particulièrement les... le transfert de patients vers les soins spécialisés et... C'est beaucoup Québec qui est visé, les hôpitaux spécialisés à Québec. Et, je pense que vous en avez fait état, M. Pelletier, la politique a été de beaucoup améliorée et, je pense, permet un plus grand accès, à des moindres coûts, pour les usagers, d'avoir accès à ces services-là spécialisés ou superspécialisés.

Maintenant, il y a encore des... je pense, des éléments d'amélioration, particulièrement pour les personnes âgées, je dirais, de 75 ans et plus qui ont besoin d'une évaluation, à Québec, plus poussée ou encore pour des traitements,

et tout le volet de l'accompagnement, de l'escorte familiale. Dans la politique, aux Îles-de-la-Madeleine, au CSSS, on sait qu'à 80 ans c'est automatique, la personne peut bénéficier d'une escorte familiale. Et évidemment que c'est très, très utile. Plusieurs de ces personnes âgées là, en perte d'autonomie particulièrement, n'ont pas ou peu sorti des Îles-de-la-Madeleine. Et se retrouver dans un milieu hospitalier, c'est assez stressant, et surtout quand on y va pour un traitement ou pour avoir un diagnostic qui souvent est très dur à recevoir, si on parle du cancer.

Mais il y a quand même des personnes en bas de 80 ans, et l'hôpital est obligé de gérer cette politique-là avec beaucoup de rigueur. Et je pense qu'ils le font de façon... très sérieusement et vraiment de façon professionnelle. Et je sais aussi qu'il y a une ligne à tirer par rapport à un groupe d'âge. Mais j'aimerais ça quand même vous exposer la problématique et voir qu'est-ce qu'on peut faire pour encore... pour améliorer le sort de ces personnes-là de 74 ans, 75 ans, qui ont peu sorti des Îles et qui ne rentrent pas automatiquement dans cette politique-là où on peut bénéficier d'une escorte familiale.

● (11 h 40) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Vous savez, M. Chevarie, ce que vous me dites là, je veux dire, c'est un petit peu de faire la comparaison du 199e kilomètre, hein? Il y a... Évidemment, je veux dire, il y a une sensibilité qu'on a en rapport avec la situation de ces personnes-là. Je ne sais pas s'il faut la regarder sous l'angle de l'accompagnateur ou s'il faut la regarder sous l'angle de la personne qui est reçue, mettons, à Québec ou à Montréal. Je me demande s'il n'y a pas... il n'y aurait pas plus d'avantages à être en mesure d'accompagner la personne jusqu'au transport et l'accompagner, je veux dire, dès le moment où elle est... où elle arrive sur les lieux. Il y a quelques choses dans ça sur lesquelles on a voulu faire un bout de chemin et se questionner.

Je me dis: Il y a des... il y a sûrement d'autres alternatives, parce que vous comprendrez, puis sûrement que M. Kelley aussi serait préoccupé par la situation, nous, on est préoccupés par ce genre de situation là et aussi par la situation des clientèles anglophones qui consomment des services à l'extérieur, de quelle façon elles sont reçues à l'extérieur et de quelle façon elles évoluent, aussi, à l'intérieur de l'établissement auquel elles ont été référées. Donc, évidemment, je vous dirais que c'est une préoccupation qui... qu'on a. Ça va faire... ça devrait faire partie de l'évolution des choses.

Mais, moi, je vous réitère le fait que, dans un contexte où il faut tirer une ligne, je veux dire, si on n'est pas capable de défoncer cette ligne-là, il faudra peut-être regarder d'autres alternatives, soit au départ et à l'arrivée, pour permettre à ces gens-là d'évoluer en toute sécurité, là. Donc, c'est un petit peu comme ça. Je sais que ce n'est pas la réponse qu'on souhaiterait avoir, mais je ne suis pas capable d'en donner une qui garantirait, par exemple, l'accompagnement de ces personnes-là de façon continue.

**M. Chevarie:** Est-ce que l'établissement a une certaine marge de manoeuvre pour, je vais employer le mot, outrepasser la règle du 80... la règle du 80, pour permettre, dans des cas particuliers, de faire preuve d'humanisme et d'aller un peu plus loin, pour permettre de ne pas placer ce genre de clientèle là dans des situations extrêmement difficiles? Parce qu'on sait qu'aux

Îles-de-la-Madeleine, bien, il y a l'avion, avec les coûts extrêmement excessifs, pour se déplacer, puis il y a le bateau. Mais là, comme je le répétais hier en commission parlementaire avec l'agence du Nunavik, il faut traverser deux provinces, l'Île-du-Prince-Édouard puis le Nouveau-Brunswick, avec cinq heures de bateau, pour finalement arriver au Québec. Et, arrivé au Québec, on n'est pas encore rendu à Québec. Et, bon, c'est évidemment beaucoup, beaucoup de conséquences pour les familles et ces personnes-là.

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, moi, l'expérience qu'on a vécue au cours des dernières années a toujours fait en sorte que l'établissement est toujours en mesure de porter un jugement sur la situation de la personne. On a toujours donné aussi comme consigne à nos établissements, dans une situation où on était plus ou moins certain, O.K., de là... qu'il fallait toujours trancher en faveur de l'usager. Et ça, c'est dans toute l'application de politique puis dans toute l'application de mesures. Je pense qu'il faut parfois faire preuve d'un jugement un petit peu plus adapté que strictement de se ramener à la lettre.

Donc, nous, ce qu'on souhaite, et c'est le message qu'on passe, c'est que, dans des situations où vraiment on juge qu'il est essentiel ou il est favorable à la personne d'avoir un accompagnateur, bien je pense qu'il ne faut pas lésiner là-dessus, là. Il faut être en mesure, je veux dire, de passer le bon message, et je ne pense pas que, sur notre territoire, il y ait des situations bêtes et méchantes, là, qui font en sorte qu'on tranche au couteau tout le temps. On a toujours eu, je pense, comme optique d'être favorable à l'usager. Puis, vous savez, là, quand on regarde les résultats et les taux de satisfaction, bien c'est souvent grâce à cette approche-là, je veux dire, qu'on préconise dans nos établissements qu'on réussit à satisfaire notre clientèle.

**M. Chevarie:** Dans votre présentation, vous avez évoqué les services d'hémodialyse comme étant un secteur où on doit penser à du développement. On sait que... puis on comprend très bien, que les volumes de clientèle ne sont pas nécessairement importants. Mais, pour la personne qui est aux prises avec une pathologie, entre guillemets, comme celle-là, c'est extrêmement... c'est à conséquence pour cette personne-là. Et l'accès aux traitements d'hémodialyse n'est pas actuellement disponible dans la région Gaspésie—Les Îles, et la plupart du temps les personnes qui décident d'avoir ce traitement-là doivent déménager des Îles, déménager de la région de la Gaspésie. Il y a une coupure avec la famille assez importante, parce que, là, à moins de miracle ou de greffe, il n'y a pas possibilité de retour dans la région. Et j'aimerais ça avoir un peu plus de détails par rapport à votre plan d'action, l'échéancier. Quels sont... Quelle est la réception du ministère de la Santé et des Services sociaux par rapport à la mise en place de ce service-là, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine?

**M. Pelletier (Gilles):** D'abord, M. Chevarie, vous mentionner que nous avions déposé un premier projet, qui avait été fort bien reçu d'ailleurs de la part du ministère, en 2007, je pense, c'est 2007. Nous avions alors un projet un peu plus ambitieux que celui qu'on a à l'heure actuelle, parce qu'on prévoyait l'installation de quatre chaises du côté des Îles-de-la-Madeleine, de 12 du côté du Centre de santé Rocher-Percé et de quatre du côté de la Haute-Gaspésie.

Donc, évidemment, suite à nos analyses plus fines, suite à nos perspectives, aussi, d'intervention en amont, hein, sur les saines habitudes de vie, sur les mesures de prévention, on pense que ça pourrait éventuellement avoir des impacts. Donc, on va partir notre projet de façon un petit peu plus modeste en se donnant deux chaises du côté des Îles-de-la-Madeleine et cinq du côté de la Haute... de Rocher-Percé, dans un premier temps. On va... Ultrieurement, lorsqu'on aura consolidé l'offre de services en Haute-Gaspésie, on procédera à l'installation de chaises en Haute-Gaspésie, et on a... on en a informé les élus la semaine dernière.

Donc, notre plan de match est clair à cet effet-là. On a une très bonne réceptivité du côté ministériel. Et d'ailleurs le ministre Couillard, lorsqu'il était en fonction, nous avait dit: Écoutez, la balle est dans votre camp. Moi, j'adhère à votre projet.

Là, ce qu'il nous restait à voir, c'est évidemment... puisque nous, dans notre région, on n'a pas de néphrologue, il faut avoir des ententes de service avec des néphrologues de l'Hôtel-Dieu de Québec. C'est ce qu'on a convenu avec... tout dernièrement, on est sur le point de conclure, et dès ce moment-là il faudra envisager de quelle façon on implante le service. Mais évidemment ça prend... et on verra de quelle façon on supporte nos équipes locales, mais ça prend des médecins omnipraticiens qui vont faire de la prise en charge, ça va prendre de la médecine interne aussi pour suivre les patients sur une base locale. Mais on pense qu'actuellement ça évolue très bien. On a une perspective, dans la prochaine année ou au début de l'année 2011, de mise en place partielle, mais on va commencer quelque chose.

**M. Chevarie:** Quelle est la hauteur du budget visé pour cette implantation-là?

**M. Pelletier (Gilles):** Actuellement, on est...

**M. Chevarie:** Ce seraient neuf chaises, que j'ai compris?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, à l'heure actuelle, on évoluerait vers six ou sept chaises, là, O.K.? Le projet, dans sa première phase, était évolué... était évalué à peu près à 2 millions. Cependant, quand on avait déposé la première phase, les règles en équipement n'étaient pas les mêmes qu'actuellement. Donc, pour tout développement, l'enveloppe d'équipement est au ministère. Donc, nous, il faut non seulement assortir notre demande d'un budget de fonctionnement, mais là, maintenant, il faut aussi l'assortir d'une demande d'équipement spécialisé, parce qu'on est dans du développement. Antérieurement, on avait nos enveloppes qui étaient consenties pour, mais là on est dans des enveloppes de maintien d'actif et de renouvellement d'équipement. Donc là, maintenant, il faudra assortir notre demande d'une demande supplémentaire d'équipement. Mais ça, c'est déjà prévu.

Mais je vous dirais que le ministère est en attente, là, de notre dernière évaluation des coûts, puis on voulait aussi que ce soit joint à notre entente de service avec l'Hôtel-Dieu de Québec. Et ça, dans un contexte où on fait partie du RUIS Laval, bien il faut faire ça. L'idée, aussi, c'est, dans quelques années, si les gens du Bas-Saint-Laurent ont constitué leur équipe de néphrologues, à ce moment-là on pourrait, nous, être desservis peut-être à l'intérieur du RUIS Laval...

**M. Chevarie:** On parle de Rimouski...

**M. Pelletier (Gilles):** C'est ça, à partir du CHRR.

**M. Chevarie:** O.K. Donc, si je comprends, sur le plan budgétaire, ça va être un peu moins que 2 millions, puisque vous réduisez le nombre...

**M. Pelletier (Gilles):** Dans une première phase.

**M. Chevarie:** Oh! dans une première phase.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui.

**M. Chevarie:** O.K. Est-ce que les espaces physiques à l'intérieur des établissements sont prévus aussi ou s'il y a une possibilité de faire en sorte qu'une fois qu'on a le budget puis l'autorisation du ministère... d'être en mesure de localiser ces espaces-là?

● (11 h 50) ●

**M. Pelletier (Gilles):** On a, à ce moment-ci, révisé un peu les... je vous dirais, le... la qualité... Je n'aime pas ça dire ça comme ça, mais il y a maintenant des chaises qui sont un peu plus petites, qui prennent un peu moins de place et qui font en sorte qu'on peut avoir peut-être un peu moins d'incidence au niveau des immobilisations. Donc, ce qu'on comprend, c'est qu'on aurait fort probablement, du côté du Centre de santé Rocher-Percé, quelques aménagements immobiliers à faire. Mais, du côté des Îles-de-la-Madeleine, on pense qu'on serait capables, avec deux chaises, de... à l'intérieur des espaces, parce que là on devrait libérer un étage, même deux éventuellement, du côté des Îles, avec la construction, je veux dire, de la Villa Plaisance et aussi avec le regroupement du 2A, 2B. Il y aura sûrement des réaménagements qui permettront l'installation de cette clinique-là d'hémodialyse.

**M. Chevarie:** O.K. Je vais poser une dernière question dans mon bloc, mais je vais laisser la parole après ça au député de Lévis. Le programme d'adaptation de domicile, évidemment, c'est un volet important, qui touche des personnes en perte de mobilité et qui a un impact sur la capacité des personnes à rester le plus longtemps possible chez elles, compte tenu que souvent les salles de bains... il y a deux étages, il y a des grandes difficultés pour ces personnes-là dans leurs activités de vie quotidienne. Puis, aux Îles, c'est une problématique, et je pense qu'en Gaspésie aussi c'est une problématique. Comment est-ce que l'agence... Je sais que vous êtes en processus de réflexion, puis il y a des... probablement des actions qui sont posées depuis que... qui ont été posées depuis que je suis parti du réseau de la santé et des services sociaux, mais quelles sont les mesures qui sont envisagées pour tenter de régler la situation? Merci.

**M. Pelletier (Gilles):** Évidemment, ce que vous soulevez là est une grande préoccupation de la région, hein? On a, nous, au cours des dernières années, constaté que, sans l'adaptation de domicile, on avait une incidence importante sur notre réseau d'hébergement. Évidemment, quand on ne réussit pas à faire ces aménagements-là, suite à un épisode de soins ou suite à un épisode de réadaptation fonctionnelle intensive, bien, évidemment, la personne retourne chez elle puis sans les... sans avoir les

facilités de mobilité. Donc, ça ne convient pas, je veux dire, à un rétablissement de sa situation.

Ça nous a inquiétés. On a travaillé avec le ministère et avec la SHQ, la Société d'habitation du Québec, pour revoir les processus de travail, donc essayer de voir dans quelle mesure, compte tenu que dans des dossiers comme ceux-là l'utilisation d'ergothérapeutes est majeure et qu'on est en pénurie d'ergothérapeutes... On s'est dit: Quelle pourrait être la meilleure façon de travailler? Et là il a fallu travailler avec les ordres professionnels, il a fallu travailler avec les organismes concernés pour trouver une façon de procéder qui permettait de réduire les délais.

Vous comprenez que parfois l'inscription à la SHQ puis la réalisation, je veux dire, de l'adaptation du domicile, ça pouvait aller à plus de trois ans. Donc, nous, on s'est dit que ça n'avait aucun bon sens et qu'il fallait fort probablement essayer de trouver des façons de faire différentes. Et actuellement on est dans une expérimentation de projet pilote. On a la loupe sur nous, parce que, du côté du Rocher-Percé, on... actuellement on a... on travaille avec des techniciens en réadaptation physique et des ergothérapeutes pour nous permettre justement d'avoir une plus grande efficacité. Et avec ça on pense faire école pour les autres territoires, et même non seulement de la Gaspésie, peut-être même de la province.

Donc, on est préoccupés. Puis, vous avez sûrement entendu, lors de l'allocation, aussi qu'on espère mettre en place une unité de réadaptation fonctionnelle intensive à Gaspé dans le courant de la prochaine année. Bien, évidemment, le retour de ces personnes-là dans leur milieu est une... est un facteur... En fait, l'adaptation de domicile devient un facteur primordial pour le retour de ces gens-là, et la réintégration de ces gens-là dans leur milieu, et la fonctionnalité, aussi, qu'ils pourront acquérir. Donc, on est dans ces travaux-là actuellement.

**M. Chevarie:** Je laisserais...

**Le Président (M. Kelley):** Exactement, il vous reste, pour la formation à ma droite, 11 minutes. Alors, M. le député de Lévis, vous êtes très patient. Parce que vous avez signalé un intérêt d'intervenir. Alors, je vais vous laisser le 11 minutes. Après ça, il va rester 26 minutes à ma gauche.

**M. Lehouillier:** Bien... Bien, merci beaucoup. Moi, je suis un peu néophyte que mon collègue des Îles-de-la-Madeleine, là, qui a eu l'occasion de vivre de l'intérieur des... de belles expériences.

D'abord, moi, ce que je voudrais faire d'entrée de jeu, c'est de vous féliciter pour le travail que vous réalisez, parce que ce que je... ce dont on prend conscience, quand on regarde 20 000 kilomètres carrés, 600 kilomètres de côte, 94 000 de population, c'est tout un défi à relever. C'est sûr qu'on a soulevé les problématiques reliées à la Haute-Gaspésie, etc., mais je pense que dans l'ensemble votre force, c'est votre personnel, on l'a vu, un personnel dévoué et attentionné, le taux de satisfaction le plus élevé au Québec à cet égard-là. Puis ce que je... ce qui m'a surpris un peu ce matin, puis c'est une belle surprise, je ne pensais pas que vous étiez à 80 % au niveau des effectifs médicaux comblés, ce qui quand même, dans une région comme la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, relève du défi, je pense, et c'est un beau défi, ça, que vous avez relevé, à mon point de vue, avec brio.

Moi, ce qui a attiré mon attention par rapport... dans votre présentation, c'est au niveau des problèmes persistants. Vous avez parlé de problématiques persistantes, comme la prématurité, la maltraitance infligée aux jeunes de moins de 18 ans, les jeunes mères peu scolarisées, les jeunes qui entrent au secondaire avec un retard de cheminement, les crimes qui sont commis, dans un contexte conjugal, envers les femmes, etc. Et vous avez également amené la problématique reliée à l'obésité.

Ma question est la suivante: On n'a pas... On a plus ou moins parlé de prévention. J'aimerais ça vous entendre là-dessus, parce que c'est assez préoccupant, compte tenu du fait que la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine a vraiment besoin de ses jeunes puis elle a besoin de jeunes qui vont être en santé et qui vont être capables d'intégrer rapidement le marché du travail, etc., en tout cas qui vont être capables de fonctionner. Mais j'imagine que votre centre jeunesse, si je regarde ces problématiques-là, votre centre jeunesse doit être assez débordé, merci! Mais les centres jeunesse souvent interviennent à un dernier niveau, au moment où c'est coûteux et difficile de réintégrer nos jeunes. Alors donc, par rapport à ça, est-ce que vous avez une approche concertée? Parce que ces problématiques-là...

Moi, j'ai rencontré, moi, dans ma propre... dans mon propre comté, le centre jeunesse, qui me disait: Bon, bien, vite... vite, des interventions, parce que, nous, les centres jeunesse, on va être rapidement débordés avec des cas qui sont de plus en plus difficiles à ramener dans notre société. Et ça, c'est un problème majeur. Et, quand je regarde vos problèmes persistants, il m'apparaît évident qu'il y a une problématique particulière là qui exige une concertation assez solide. J'aimerais ça vous entendre un peu sur le volet prévention.

**M. Pelletier (Gilles):** Je... À tout le moins pour le... tout le volet du centre jeunesse, je vais tenter une réponse. Pour les aspects de prévention, je vais laisser, si vous le permettez, M. le Président, la parole au Dr Bernier.

Ce qu'on note effectivement au niveau de notre centre jeunesse, c'est un alourdissement de clientèle. Ça, c'est évident. On s'aperçoit qu'il y a des problématiques complexes, des problématiques associées: santé mentale, troubles de comportement, santé mentale, même parfois déficience intellectuelle et troubles de comportement. Donc, on se retrouve avec des interventions plus difficiles à faire.

**M. Lehoullier:** Et coûteuses.

**M. Pelletier (Gilles):** Et coûteuses. Ce qui caractérisait à tout le moins les centres jeunesse antérieurement, parce que je proviens de cette culture-là de centre jeunesse, c'était qu'on avait une approche en centre de réadaptation qui favorisait l'utilisation du groupe pour la réhabilitation des jeunes. Donc, d'avoir à l'intérieur d'un groupe une certaine homogénéité permettait une réadaptation de jeunes, ce qui aujourd'hui est beaucoup moins évident compte tenu de la complexité des cas, compte tenu des dynamiques qui s'y développent et parfois même de l'intervention beaucoup plus individualisée qu'on préconise.

Donc, ça fait en sorte que le groupe est difficile et que les interventions, aussi, sont beaucoup plus compliquées et demandent plus d'expertise, sans, aussi, exclure le fait que les jeunes sont beaucoup plus médicamentés aujourd'hui,

aussi, en centre jeunesse. Donc, le Ritalin et tous les médicaments de la sorte qui permettent d'avoir une incidence sur le comportement des jeunes, bien c'est utilisé aussi en centre jeunesse, ce qui l'était beaucoup moins antérieurement, et l'utilisation aussi de psychiatres et de pédopsychiatres, je veux dire, dans...

Donc, il y a là, je veux dire, effectivement pour nous une lumière rouge. Quand les jeunes se retrouvent en centre jeunesse avec un niveau de complexité avec ça, on se dit: On a échappé en première ligne des jeunes dans les mailles du filet. Donc, il faut absolument, nous... Et c'est comme ça actuellement qu'on prend le dossier des équipes jeunesse. C'est qu'il faut se donner les moyens, au niveau de chacun des territoires, puis j'en parlais tout à l'heure au niveau de la santé mentale, d'avoir un bon maillage santé mentale-jeunesse pour être en mesure d'identifier, de dépister rapidement les jeunes qui ont des problèmes de comportement, des troubles de santé mentale, pour déjà intervenir auprès non seulement de ces jeunes-là, auprès de leurs familles, auprès de la communauté, auprès de l'école, qu'il y ait un accompagnement, un tissage qui se fasse, qui permette justement à ces jeunes de pouvoir évoluer au sein de leur milieu de façon telle qu'ils puissent devenir éventuellement contributifs. Là, ce qu'on s'aperçoit, c'est qu'étant donné que les jeunes ne sont pas nécessairement dépistés au bon moment, bien, ils arrivent détériorés au niveau scolaire. Et là les troubles de comportement s'enchaînent, et parfois la violence, et là les jeunes se retrouvent en situation de placement. Ce n'est pas l'idéal, puis on est souvent obligés de récupérer. Donc, pour les aspects de prévention, je vais laisser mon collègue le Dr Bernier prendre la parole.

● (12 heures) ●

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bernier.

**M. Bernier (Christian):** Merci. Vous posez là une grande question de la prévention de problèmes, dans le fond, qui sont... Il y a différents problèmes que vous avez mentionnés: la prématurité, qu'on peut relier, bien sûr, à des interventions obstétricales qui ont fait en sorte d'augmenter, en quelque sorte, la prématurité avec les grossesses plus... les grossesses gémellaires, etc., lors des procréations, et tout ça a fait en sorte d'augmenter le taux de prématurité; les problèmes de maltraitance, de mères peu scolarisées, de retards de cheminement, etc., bien sûr des problèmes d'adaptation psychosociale, qui dépendent de toute une série de déterminants de la santé. Bien sûr, il y a des interventions qui peuvent se faire dans le cadre du réseau de la santé et des services sociaux, mais on comprend bien aussi qu'il y a plusieurs déterminants de la santé qui dépendent d'autres secteurs, aussi, d'activité, pensons aux revenus, par exemple, pensons au milieu scolaire. Donc, tout ça aura bien sûr des impacts sur ces différents problèmes là.

Mais, en ce qui nous concerne, au niveau du déterminant de l'organisation des services, bien sûr, ce que nous pouvons faire pour essayer d'éviter ces différents problèmes de maltraitance, de négligence, de mères peu scolarisées, et ça commence dès la... dès l'intention d'avoir ou l'intention de ne pas avoir d'enfant, donc c'est les... c'est tous les services de contraception, c'est les services de suivi de grossesse, c'est les services intégrés, également, en périnatalité, d'essayer de donner, de dépister et d'offrir une offre de services aux mères qui sont en difficulté, aux familles qui sont en difficulté, c'est les programmes,

également, École en santé pour faire en sorte qu'il y ait de bonnes habitudes de vie qui se prennent. Donc, il y a toute une série de mesures qui font partie du plan d'action régional de santé publique et qui se déclinent en rapport avec chacun des problèmes que vous avez mentionnés.

Un des problèmes importants est bien sûr l'obésité, qui est en augmentation au Québec, qui est en augmentation aussi en Gaspésie et aux Îles. Et même, tantôt, je ne l'ai pas mentionné, mais on a un problème plus marqué, chez nous, d'excès de poids, par rapport au niveau du Québec. Alors, c'est tout le domaine, ici, des habitudes de vie au niveau de l'alimentation, au niveau de la sédentarité. Donc, on a... dans les différentes interventions qu'on propose, il y en a qui s'adressent spécifiquement à ce type de problèmes, mais c'est un grand défi et c'est une multitude, aussi, de problèmes.

**M. Lehouillier:** M. le Président, il reste combien de temps ici?

**Le Président (M. Kelley):** Deux minutes.

**M. Lehouillier:** Deux minutes. Ah bien! je vais laisser à nouveau la...

**Le Président (M. Kelley):** ...mot de la fin à M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Lehouillier:** ...parole à mon collègue des Îles. Merci d'avoir répondu à la question.

**M. Chevarie:** Ça a passé extrêmement vite, on aurait encore plusieurs autres questions. Entre autres, j'aurais aimé aborder toute la question de l'accès aux services de chirurgie. Je pense qu'on... une problématique qui était très présente depuis plusieurs années, dont on a beaucoup amélioré la situation. Puis je pense que vous avez... vous y êtes pour quelque chose.

En mon nom, et au nom de mes collègues ici, et du ministre de la Santé, j'aimerais vous remercier pour votre présence, pour l'exposé que vous avez fait sur l'organisation des services de santé et de services sociaux en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, vous féliciter pour la qualité des services qui sont offerts à la population des Îles, à la population de la Gaspésie. Et, je pense, avec l'approche que vous préconisez, d'être près de nos villages, être près de notre population, de nos communautés, je pense, c'est une excellente approche et, je pense, c'est un modèle qu'on devrait exporter aussi dans les autres régions parce que c'est gagnant. C'est gagnant pour le réseau de la santé et des services sociaux, et particulièrement pour nos populations, et dans l'objectif aussi de l'occupation du territoire, malgré qu'on est une région éloignée, isolée.

Et je vous remercie aussi à l'avance pour tous les efforts que vous déployez pour l'amélioration des services et pour atténuer certaines problématiques qui sont encore existantes, mais vous travaillez avec toute l'équipe des CSSS, le personnel, les équipes médicales. Alors, bravo! Félicitations encore, et merci pour votre présence ici.

**M. Pelletier (Gilles):** Merci beaucoup, M. Chevarie.

**Le Président (M. Kelley):** Merci, M. le député. Alors, il reste un bloc de 26 minutes. M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Qu'est-ce qui a causé la baisse de rendement en ce qui concerne les arthroplasties de la hanche, justement, pour parler des chirurgies dont parlait le collègue des Îles?

**M. Pelletier (Gilles):** Du côté de... C'est parce qu'on a deux endroits. Il y a du côté du Centre de santé de la Baie-des-Chaleurs et celle de La Côte-de-Gaspé. Sur cet aspect-là plus principalement, si vous le souhaitez, je passerais la parole au Dr Mercier, qui pourra vous répondre plus adéquatement.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Mercier.

**M. Mercier (Claude):** En fait, notre performance a diminué, mais nos listes d'attente sont à peu près nulles. Normalement, c'est qu'on a un petit peu... Je pense qu'on a épuisé notre bassin d'arthroplasties qui devaient être faites, et puis que là on est plus en période, là, de maintien.

**M. Drainville:** Expliquez-moi ça, là. Comment vous me dites ça? Vous me dites...

**M. Mercier (Claude):** Bien, les services d'orthopédie sont déployés dans la région depuis bientôt une quinzaine d'années.

**M. Drainville:** Vous dites... Non, mais vous dites... Votre performance s'est améliorée, donc. Mais votre liste d'attente est vide, donc...

**M. Mercier (Claude):** On n'a pas de liste d'attente.

**M. Drainville:** ...ce que vous dites, c'est que la liste d'attente est moins de six mois, c'est ça?

**M. Mercier (Claude):** Oui. Puis habituellement moins de trois mois.

**M. Drainville:** Elle est à zéro. Tout le monde est opéré en moins de six mois, mais ça prend un certain temps...

**M. Mercier (Claude):** Souvent, trois...

**M. Drainville:** Ça prend plus de temps qu'auparavant, plus de semaines qu'auparavant. Même si les gens sont opérés en dedans de six mois, ce qui est l'objectif, ce qui est la cible ministérielle, ce que vous dites, c'est que ça prend quand même, à l'intérieur de six mois, là, plus de semaines pour être opéré...

**M. Mercier (Claude):** Non.

**M. Drainville:** ...que ça en prenait auparavant?

**M. Mercier (Claude):** Non, ce n'est pas ce que je vous dis.

**M. Drainville:** Alors?

**M. Mercier (Claude):** Ce qui nous arrive... Si on a moins opéré, c'est qu'il y a moins de cas à opérer. C'est dans ce sens-là où je parlais du déploiement des services

en orthopédie, qui est quand même assez récent dans notre région.

**M. Drainville:** Mais ce qu'on a ici, nous, c'est qu'il y a moins de patients qui sont traités dans les délais pour les chirurgies de la hanche et du genou. Ce n'est pas vrai, ça?

**M. Mercier (Claude):** Je vais revérifier nos données.

**M. Pelletier (Gilles):** Ce qu'on a comme données au cours des dernières années, c'est que les patients de notre région sont opérés dans les trois premiers mois. Donc, non seulement, je veux dire, on n'excède pas les six mois, mais nos patients, selon nos indicateurs... nos indicateurs de mécanisme d'accès, sont opérés dans les trois premiers mois, et ça, autant pour les genoux que les hanches. Donc... On a d'ailleurs été cités en exemple sur la production en termes d'arthroplasties de la hanche et du genou.

**M. Drainville:** Très bien. Sur la question concernant l'amiante, j'ai ici... Alors, je vous lis, là, la fiche que j'ai ici: «Le nombre de cas de cancer du poumon semble suspect», et on parle ici des hommes de New Richmond. Ça a été abordé, ça, dans des journaux les 26 et 27 septembre 2007, donc un taux anormal de cas de cancer du poumon décelés chez des hommes de New Richmond. La Direction de la santé publique est incapable, à ce moment-là, de certifier que la présence d'amiante était la cause de ces problèmes de santé concernant principalement les travailleurs d'une usine de cette ville de New Richmond. La Direction de la santé publique menait une campagne de dépistage auprès des travailleurs de la région. Est-ce que cette campagne de dépistage a permis de mieux comprendre le nombre élevé de cancers du poumons et est-ce qu'il y a... est-ce qu'on a pu établir un lien avec la présence d'amiante?

**M. Pelletier (Gilles):** M. le Président, si vous le permettez, je passerais la parole au Dr Bernier, qui a travaillé spécifiquement dans ce dossier-là.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Bernier.

● (12 h 10) ●

**M. Bernier (Christian):** Alors ça, c'était une... c'était dans les années 2006 où le directeur général de l'Hôpital de Maria avait une préoccupation, puis cette préoccupation-là venait de médecins du centre de santé qui se demandaient s'il n'y avait pas plus de cancers du poumon sur le territoire du CSS de Maria. À cet effet, nous, ce qu'on a fait, c'est qu'on a procédé à une étude sur... dans cette MRC là, toute la MRC, en fait, du CSS de Maria. On a délimité aussi un territoire de 25 kilomètres autour de l'usine, aussi, de New Richmond, et également la ville de New Richmond. Les résultats de cette étude-là, et on avait émis un communiqué à cet effet, il y a eu une étude qui a été produite... est à l'effet qu'il n'y a pas d'augmentation de... Les taux de mortalité qu'on trouve par cancer du poumon, ou que ce soit... ne sont pas plus élevés que dans le restant du Québec, alors qu'en Gaspésie générale les taux de mortalité par cancer du poumon sont plus élevés. Donc, on n'avait pas trouvé, au niveau de la mortalité.

Pour ce qui est de l'incidence, maintenant, parce qu'on distingue la mortalité de l'incidence, les nouveaux cas

de cancer, parce qu'on peut avoir un cancer et ne pas en décéder, ce que nous avons trouvé dans ces trois délimitations-là, c'était qu'il n'y en avait pas plus, de nouveaux cas de cancer, dans la MRC, 25 kilomètres de territoire, et à New Richmond. Ce que nous avons trouvé à New Richmond, c'était que nous avons un excès de un cancer par année — c'était chez les hommes — un cancer par année durant toute la période qu'on avait étudiée, qui était autour de 18 ans, un surplus par rapport aux cas attendus. On avait un surplus de un cas de cancer du poumon par année sur ce territoire-là. Et pas... Et ça, c'était le poumon. Bien entendu, on...

**M. Drainville:** Et les cas entendus... les cas attendus, c'était quoi?

**M. Bernier (Christian):** C'étaient les cas où on s'attend lorsqu'on applique les taux.

**M. Drainville:** Mais le nombre, le nombre, c'était quoi?

**M. Bernier (Christian):** Ça, je ne peux pas... Je ne m'en souviens pas.

**M. Drainville:** Mais on parle de un sur 100, un sur 1 000? Est-ce qu'on... pour qu'on puisse juger de la valeur de ce cas supplémentaire que vous aviez. Ça représentait quel pourcentage de plus?

**M. Bernier (Christian):** Peut-être une trentaine de cas, peut-être. New Richmond, premièrement, c'est une toute petite... Puis c'est peut-être une trentaine de cas sur le territoire du CSS, une trentaine de cas de cancer du poumon. C'est approximatif, qu'est-ce que je vous dis, là, je fais un tiers de population, par rapport à une centaine en Gaspésie. Bon. Alors, peut-être un cas...

**M. Drainville:** Donc, au lieu...

**M. Bernier (Christian):** ...sur une trentaine.

**M. Drainville:** Donc, au lieu d'une trentaine, disons 30, que vous auriez... auxquels vous vous seriez attendus si New Richmond respectait la norme pour la Gaspésie, c'est ça?

**M. Bernier (Christian):** Pour le territoire...

**M. Drainville:** Ou pour le Québec?

**M. Bernier (Christian):** ...le territoire de Maria, par exemple, le territoire de la MRC autour du CSS. Donc, un de plus.

**M. Drainville:** Donc, c'est...

**M. Bernier (Christian):** Ce qui n'était pas...

**M. Drainville:** Un... Donc, c'est insignifiant?

**M. Bernier (Christian):** C'est-à-dire que c'est des... ce n'est pas des données où on peut faire un lien direct. Parce qu'on sait que le cancer du poumon, 80 % à

90 % du temps, est corrélé davantage avec le tabagisme et que, pour ce qui est des maladies qui sont en lien avec l'amiante, alors on parle ici d'amiantose, on parle du mésothéliome et aussi du cancer du poumon... Maintenant, pour ce qui est de l'amiantose ou du mésothéliome, on n'avait pas trouvé soit d'amiantose ou de mortalité reliée à l'amiantose dans cette région-là. Donc, on n'a jamais pu corréler, si vous voulez, avec cette usine de New Richmond qui est une papetière. Donc, il n'y a pas eu de liens qui ont été faits.

Donc, il y a eu cette étude qui a été faite en 2006-2007. Et par la suite on a scruté aussi ces cas-là pour essayer de trouver s'il y avait eu des expositions professionnelles, mais les dossiers ne permettaient pas, là, d'aller très, très en profondeur, parce que toutes les données, notamment sur le tabagisme, n'étaient pas nécessairement présentes dans les dossiers, etc.

**M. Drainville:** Parfait.

**M. Bernier (Christian):** Donc, on n'a pas fait de lien entre les deux.

**M. Drainville:** O.K. Bref, ce n'était pas concluant.

**M. Bernier (Christian):** Non.

**M. Drainville:** Très bien. Bon. On parlait tout à l'heure, M. le P.D.G., de la situation financière des établissements de santé. On parlait des gains de productivité. Vous nous avez donné l'exemple du centre hospitalier des Îles. Vous laissiez entendre qu'il y avait des gains de productivité également générés du côté du CSSS de la Haute-Gaspésie, hein? C'est ce que j'ai cru comprendre.

Bon. Une des façons de diminuer les coûts, c'est de diminuer le recours aux agences privées, notamment les agences privées d'infirmières. Et ce que je comprends, c'est que, dans votre cas à vous, vous recourez toujours aux services de ces agences. Est-ce que l'argent que vous investissez dans ces agences a augmenté ou diminué ces dernières années?

**M. Pelletier (Gilles):** Au cours de la dernière année, de façon sensible, ça a diminué. Nous avions... Si je regarde strictement au niveau de la main-d'oeuvre indépendante infirmière, du côté de La Haute-Gaspésie, il faut le noter, hein, du côté de la Haute-Gaspésie, nous avions une pression de plus de 1 million de dollars, 1,3 million de dollars de services d'infirmières à 80 \$ de l'heure. Donc...

**M. Drainville:** Ça, c'est du côté du CSSS...

**M. Pelletier (Gilles):** De la Haute-Gaspésie.

**M. Drainville:** 1,3 million?

**M. Pelletier (Gilles):** 1,3 million.

**M. Drainville:** Sur une base annuelle?

**M. Pelletier (Gilles):** Sur une base annuelle, en 2008-2009.

**M. Drainville:** Pour... pas juste pour les infirmières, là. Les infirmières et...

**M. Pelletier (Gilles):** Infirmières.

**M. Drainville:** Juste les infirmières?

**M. Pelletier (Gilles):** Infirmières, agences.

**M. Drainville:** Même pas les auxiliaires?

**M. Pelletier (Gilles):** Agences, à...

**M. Drainville:** ...privées d'infirmières?

**M. Pelletier (Gilles):** Voilà! Et là...

**M. Drainville:** Sur un budget total, pour l'établissement, de?

**M. Pelletier (Gilles):** 31 millions.

**M. Drainville:** Aïe aïe aïe!

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, effectivement. Donc ça, ce que ça a généré puis ce que ça a provoqué, c'est une opération drastique, dans l'établissement, de titularisation. Ce que ça veut dire dans les faits, c'est qu'on avait, et on a encore, je pense, de l'espace pour la conversion de temps-partiels occasionnels en postes à temps plein. Donc là, il y a des efforts...

**M. Drainville:** Combien vous en avez titularisé?

**M. Pelletier (Gilles):** Du côté de la Haute-Gaspésie...

**Une voix:** Dans l'exercice...

**M. Pelletier (Gilles):** Mme Dufresne a...

**Le Président (M. Kelley):** ...vous identifier pour l'enregistrement.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Manon Dufresne, qui est directrice de la coordination et des ressources humaines.

**Le Président (M. Kelley):** Mme Dufresne.

**Mme Dufresne (Manon):** Alors, merci. Ce qu'on peut dire lorsqu'on recense les données à la période 7 de 2009-2010 pour le CSSS de la Haute-Gaspésie: nous avons titularisé un total d'environ 52,6 %, 52,7 % des postes complets en soins infirmiers. Donc, ça représente un total de 97 postes pour lesquels... de plus. Il y en a 34 qui demeurent donc vacants au moment où on a fait l'inventaire.

**M. Drainville:** O.K. Mais vous en avez... Vous avez donné des postes à temps plein, hein, pour que tout le monde nous comprenne?

**Mme Dufresne (Manon):** Des postes. Ça pourrait être temps partiel, ça peut être temps complet...

**Une voix:** Ça peut être les deux.

**Mme Dufresne (Manon):** Mais on est dans le... Des postes. Donc, on a titularisé, offert des...

**M. Drainville:** O.K. Mais la majorité, c'est du 7/14, c'est quoi?

**Mme Dufresne (Manon):** Ça peut être du 7/14, ça peut être du 8/28. C'est variable selon les besoins de l'établissement.

**M. Drainville:** Parce que ce que les infirmières nous disent, c'est que c'est bien beau de permanentiser, mais, si tu me permanentises sur du 2/14 ou du 4/14, je ne suis pas bien, bien plus avancé. Ce n'est pas ça qui va... ce n'est pas ça qui va me permettre de retenir mon infirmière et la convaincre de ne pas aller dans le privé. Donc, si vous avez réussi à diminuer... Vous avez réussi à diminuer le recours aux agences privées à Sainte-Anne-des-Monts?

**Mme Dufresne (Manon):** Absolument. Oui.

**Une voix:** De un million cette année? Autour?

**Mme Dufresne (Manon):** En fait, les chiffres démontrent qu'à la période... à peu près à la même période l'année dernière, l'établissement, pour les soins infirmiers, était autour de 10,50 quelques pour cent de recours en agences privées, et on a diminué maintenant, cette année, à la même période, à 1,5...

**M. Drainville:** O.K. Mais donnez-moi des chiffres en dollars, là. C'était 1,3 million que vous dépensiez. Vous allez dépenser combien cette année?

**Mme Dufresne (Manon):** On n'a pas la projection exacte, mais ce qu'on peut dire, c'est que, sur une base annuelle d'un salaire, par exemple, d'environ... à 80 \$ de l'heure, si on récupère 90 000 heures, ce qui pourrait être l'équivalent, là, sur une année, on pourrait être autour du 400 000 \$ à 500 000 \$, là, facile, là, pour l'établissement. Donc, ce sont des projections, bien entendu, au moment où on se parle, mais c'est considérable.

**M. Drainville:** O.K. Mais de... Vous aviez une année où vous avez dépensé 1,3 million. Ça, c'est-à-dire la dernière année, ça?

**M. Pelletier (Gilles):** 2008-2009.

**M. Drainville:** Bon. Ça fait que, pour 2008-2009, 1,3.

**M. Pelletier (Gilles):** 1,3 million.

**M. Drainville:** Pour 2009-2010, si les projections sont respectées, vous tomberiez à autour de 500 000 \$...

**M. Pelletier (Gilles):** Exact.

**M. Drainville:** ...en frais d'agences privées pour les infirmières.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui.

**Mme Dufresne (Manon):** Et même en récupération, parce qu'on aurait 50 %, facilement, des coûts de récupérés.

**M. Drainville:** O.K. Mais, pour moi, c'est du chinois, ça, madame. Aidez-moi, là: 1,3 million, on tomberait à combien de dépenses pour les agences privées d'infirmières?

**Mme Dufresne (Manon):** On pourrait tourner autour du... Disons, là, si on passait de 1,3, ça pourrait tourner autour du 400 000 \$, 500 000 \$, là, dans l'année. Donc...

**M. Drainville:** Donc, une économie de 800 000 \$, grosso modo.

**Mme Dufresne (Manon):** ...qui pourrait... qui pourrait être...

**M. Drainville:** Ce qui représente pratiquement le tiers du déficit... de tous les déficits pour Gaspésie—Les Îles. C'est absolument remarquable.

**Mme Dufresne (Manon):** Oui, tout à fait.

**M. Drainville:** Et c'est la preuve que ça peut être fait.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui.

**M. Drainville:** Et ça peut être fait en donnant des meilleurs services, en consolidant la stabilité des équipes et en diminuant de beaucoup les coûts. Moi, j'aimerais beaucoup ça que vous nous soumettiez un document spécifiquement là-dessus. S'il vous plaît, faites preuve de vulgarisation.

**Mme Doyer:** À travers les années, aussi.

**M. Drainville:** Une évolution historique des quatre ou cinq dernières années: combien ça coûtait, combien d'équivalents, là-dedans, temps plein, puis comment vous y êtes arrivés. Moi, je veux des chiffres précis sur la titularisation, là, puis dites-nous c'est quoi. Je ne veux pas juste des chiffres sur la création de postes permanents. On veut savoir: C'est-à-dire des postes à temps plein, c'est-à-dire des postes à temps partiel? Essayez de présenter ça pour que M. et Mme Tout-le-monde qui sont représentés à cette table puissent s'y retrouver un peu, là.

Mais ce que je retiens, c'est que, pour beaucoup moins d'argent, vous avez réussi à maintenir vos services, même à les améliorer, parce que la... sur le plan qualitatif, quand tu crées des équipes d'infirmiers, infirmières surtout, puis c'est les mêmes personnes qui travaillent ensemble sur une certaine période de temps, ils se connaissent, ils apprennent à travailler ensemble, ils sont beaucoup plus efficaces.

**M. Pelletier (Gilles):** Vous savez, M. Drainville, au cours de la dernière année, cet établissement-là, avec les stratégies de titularisation qu'on a faites, avec aussi une réorganisation partielle, je veux dire, qui n'est pas encore terminée... On nous projetait, en début d'année, un déficit de 2 millions, on est actuellement autour de 600 000 \$.

● (12 h 20) ●

**M. Drainville:** Pourquoi vous ne l'avez pas fait avant?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, on a... On a eu des lectures beaucoup plus... beaucoup plus fines de la réalité au cours des dernières années. Antérieurement, l'établissement était aux prises avec des coûts énormes d'assurance salaire, aussi. Il y avait aussi une pénurie importante de main-d'œuvre, O.K.? Donc là, on a réussi à attirer un peu plus d'infirmières, on a réussi à se doter de stratégies en assurance salaire qui ont fait diminuer la pression, amélioré la qualité de vie à l'intérieur de l'établissement.

Et là notre défi, parce qu'on pense qu'on est capables de le réaliser, c'est que, le dernier 400 000 \$, quand je disais, tout à l'heure: Il est en réorganisation, on est convaincus... Et, en prenant l'exemple que je vous servais tout à l'heure, si on réorganise les équipes de travail, les infirmières qui ne font pas actuellement un travail à l'optimum, c'est-à-dire... Je suis allé à une rencontre; à un moment donné, une infirmière qui me dit comme ça: Écoutez, trouvez-vous ça normal, M. Pelletier, que je sois obligée de passer les cabarets et la moppe? J'ai dit: Non, non, non, ce n'est vraiment pas normal. Là, ce qu'il faut, c'est qu'on ait les bonnes personnes aux bons endroits, et ça, c'est de la réorganisation.

**M. Drainville:** O.K. Mais vous avez créé combien de postes, vous dites?

**M. Pelletier (Gilles):** En Haute-Gaspésie...

**Mme Dufresne (Manon):** En Haute-Gaspésie, je vais vous revenir là-dessus... On a créé... Il y a eu... À la période 7, donc, de 2009-2010, comme je vous mentionnais tout à l'heure, il y a 97 postes qui ont été comblés et il y en a...

**M. Drainville:** Ça, c'est des nouveaux postes créés, là?

**Mme Dufresne (Manon):** ...et il y en a 94... Il y en a 34 qui demeurent vacants, donc pour un total de 131 postes.

**M. Drainville:** O.K. Mais, sur les 97, il y en a combien qui sont des postes à temps plein ou presque à temps plein, donc disons des quatre jours et des cinq jours-semaine, là?

**Mme Dufresne (Manon):** En fait, des temps-complets réguliers, on a 59 qui sont des temps-complets réguliers et on en a 38 qui sont des temps-partiels réguliers. Là, je n'ai pas...

**M. Drainville:** Un temps-partiel régulier, ça veut dire quoi, ça?

**Mme Dufresne (Manon):** Bien, ça peut être ça, là, le 7/14.

**M. Drainville:** C'est du quatre jours?

**Mme Dufresne (Manon):** C'est ça. C'est du temps-partiel.

**M. Pelletier (Gilles):** 7/14, 8/28, c'est ça, ça peut être dans ces univers-là.

**M. Drainville:** O.K.

**M. Pelletier (Gilles):** Et ce qui est... ce qui est particulier aussi, puis c'est ce qu'on observe aussi dans nos données, c'est que...

**M. Drainville:** 7/14, c'est trois journées et demie par semaine, à peu près?

**M. Pelletier (Gilles):** Bien, c'est sept jours consécutifs, sept jours de congé, O.K.?

**M. Drainville:** O.K. Bon. Mais ce que je veux... — c'est parce qu'il ne me reste pratiquement plus de temps. Ce que je retiens, c'est que, pour y arriver, à sortir donc les agences d'un hôpital, c'est par du temps-plein ou du presque temps-plein qu'on y arrive. On s'entend là-dessus, là, ce n'est pas juste une titularisation de postes à temps partiel, c'est vers du temps-plein qu'il faut aller. M. Pelletier?

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Je ferais une nuance là-dessus.

**Une voix: ...**

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Je ferais une nuance là-dessus, pour la simple et bonne raison que, je le mentionnais un peu tout à l'heure dans mon allocution, il y a des... il y a maintenant des gens de la nouvelle génération qui... Pour eux, un poste à temps plein, ce n'est pas ce qu'ils souhaitent. Et c'est tellement vrai que ces gens-là peuvent faire des 8/28 ou des 7/14 puis qu'ils se disent: De toute façon, il y a tellement de besoins dans l'établissement que, si j'ai besoin de compléter, je ferai un deux jours-semaine de plus ou je ferai un quatre jours par 15 jours de plus. Ce qui fait qu'ils ont non seulement l'opportunité d'avoir un poste à temps partiel régulier, mais ils peuvent compléter, s'ils le désirent, à l'intérieur de l'établissement, je veux dire, une portion de leur poste, je veux dire, à l'intérieur de ce qui est disponible aux travailleurs qui sont partiels occasionnels.

**M. Drainville:** Ça, là, est-ce qu'on s'entend là-dessus, que la titularisation, c'est peut-être la meilleure façon de générer les fameux gains de productivité dont vous avez parlé? C'est peut-être une des meilleures façons pour y arriver?

**M. Pelletier (Gilles):** Tout à fait.

**M. Drainville:** Peut-être pas la seule, mais une des meilleures, on s'entend?

**M. Pelletier (Gilles):** Ah, c'est une des bonnes, ça, c'est...

**M. Drainville:** Sinon la meilleure?

**M. Pelletier (Gilles):** Je ne suis pas certain que c'est la meilleure, mais c'est une des bonnes, parce que ce que ça amène...

**M. Drainville:** Et les autres, c'est quoi, là? Si vous...

**M. Pelletier (Gilles):** Ce que ça... Bien, les autres, c'est quoi? Moi, je pense...

**M. Drainville:** Sans aller dans le détail. Il me reste deux minutes.

**M. Pelletier (Gilles):** Non... Moi, je pense que d'avoir une bonne organisation de travail, c'est important. Quand je dis...

**M. Drainville:** M. Pelletier, on entend parler de ça, là...

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, mais, écoutez, que les infirmières fassent vraiment du suivi de patients, que les infirmières soient affectées aux bonnes tâches, ça, là, c'est de la valorisation auprès du patient.

**M. Drainville:** Puis que les préposés fassent le travail du préposé ou...

**M. Pelletier (Gilles):** Exactement, exactement. Et ça, c'est ce qu'on comprend.

**M. Drainville:** O.K. Les CSSS, là, ça devait générer des économies, des gains d'efficacité, mais est-ce que ça en a généré?

**M. Pelletier (Gilles):** Moi, je pense que...

**M. Drainville:** Est-ce que ça coûte moins cher à gérer les CSSS, tels qu'ils ont été créés, que ça en coûtait pour gérer les hôpitaux, CLSC et centres de longue durée séparément, comme c'était le cas auparavant?

**M. Pelletier (Gilles):** Si ça a généré des économies? Je dirais: sûrement sur le plan administratif; sur le plan de la gestion globale du système, peut-être.

**M. Drainville:** Êtes-vous... Bien, peut-être...

**M. Pelletier (Gilles):** Peut-être. Ce que...

**M. Drainville:** Peut-être, M. Pelletier. Moi, j'aimerais ça que vous me fassiez cette... je ne sais pas si c'est possible de nous envoyer un document qui nous ferait la démonstration, une comparaison des coûts administratifs avant la création des CSSS et maintenant, depuis la création des CSSS. Je ne suis pas sûr, moi, que ça coûte moins cher à gérer.

**M. Pelletier (Gilles):** Mais ce que j'aimerais rajouter sur ce commentaire-là, sur cette question-là, c'est que le pari des centres de santé, hein, c'est la mise en place des réseaux locaux. La mise en place des réseaux locaux, c'est de faire en sorte que chacun des partenaires qui est au coeur même des soins de santé à sa population puisse jouer son rôle adéquatement, c'est la mise en réseau, je veux dire, le coeur même de la mission des centres de santé. Ce n'est pas de reproduire ce qui était produit antérieurement. Le rôle du centre de santé, s'il est bien compris, c'est un rôle d'animation de son milieu en fonction d'un portrait de santé de sa population et, en vertu de ce profil de santé là, d'être capable d'adapter les services à la réalité

de la population du territoire, et ça, avec les partenaires que sont les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les...

**M. Drainville:** Oui, oui, oui, on s'entend. Ce n'est pas juste CLSC, centre de longue durée et hôpital.

**M. Pelletier (Gilles):** ...autres établissements. C'est la mise... c'est la mise en réseau qui est payante, là-dedans, et qui évite... C'est tous les chevauchements qu'on est capables d'éviter. Mais je vous dirai qu'on est dans un projet qui n'est pas tout à fait complété. Chez nous, on n'a pas encore réussi à mettre tout le monde en réseau.

**M. Drainville:** Puis, quand on va avoir mis tout le monde en réseau, est-ce qu'on va pouvoir, à ce moment-là, peut-être prendre certaines des responsabilités qui sont dévolues aux agences puis envoyer ça dans les CSSS pour diminuer les coûts d'administration des agences?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, le coût d'administration des agences, ça demeure, je pense, une grande question. Je pense que dans... On a fait un bout. On a fait un bout il y a... il n'y a pas très longtemps, en 2004, en disant que désormais la planification et l'organisation des services allaient relever des centres de santé.

**M. Drainville:** Quand je pose cette question-là, j'ai l'impression de poser la question à un sénateur à qui je demanderais: Êtes-vous favorable à l'abolition du Sénat?

**M. Pelletier (Gilles):** Non. Écoutez, de toute façon, j'ai... Ça fait depuis 17 ans que je fais partie d'une région régionale et d'une agence de santé. Ce débat-là...

**M. Drainville:** Vous ne pensez pas que... Ce débat-là sur le dégraissage des agences, vous ne pensez pas que c'est un débat pertinent?

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, moi, ce que je poserais comme question, c'est: Est-ce que les fonctions régionales auxquelles les agences sont conviées sont nécessaires ou pas? Si elles ne le sont pas, nécessaires, bien, qu'on fasse l'évaluation de ces fonctions-là. Ensuite de ça, si on dit qu'au niveau du réseau de la santé on n'a pas besoin de palier régional bien, on se posera la question à savoir qu'est-ce qui va localement, qu'est-ce qui va centralement. On se posera aussi la question, à ce moment-là: Qu'est-ce qu'on maintient comme mécanisme d'équité? Qu'est-ce qu'on maintient comme mécanisme d'arbitrage? Qu'est-ce qu'on maintient comme mécanisme d'allocation? Bref...

**M. Drainville:** Oui, on comprend.

**M. Pelletier (Gilles):** ...je me dis, on fera en sorte...

**M. Drainville:** Ça pourrait être une structure plus légère que l'agence, peut-être.

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez...

**M. Drainville:** Mais on... Mais faisons le débat à un autre moment. Il reste quatre minutes, et c'est mon collègue de Matane...

**M. Pelletier (Gilles):** Voilà.

**M. Drainville:** ...qui va les prendre.

**M. Bérubé:** Merci, M. le député de Marie-Victorin. Je ne voudrais pas que vous soyez en infraction quant au temps — c'est une petite blague entre nous.

**M. Drainville:** Oui, oui...

**M. Bérubé:** La question du cancer, de l'oncologie, Marguerite Côté-Lavoie, Julie Paquet, de Sainte-Anne-des-Monts, qui ont rédigé des lettres, qui ont été publiées dans *Le Riverain* de Sainte-Anne-des-Monts, quant aux soins qui sont apportés. Je vais y aller très directement: Une hotte pour le traitement de la chimio, est-ce que c'est possible qu'on en achète une? Alors, j'y vais, là, très, très directement, je fais ma demande.

Deux autres demandes. Vous n'êtes pas sans savoir la situation particulière quant à la protection de la jeunesse en Haute-Gaspésie, il y a eu enquête du Protecteur... Protectrice du citoyen — c'est bien ça?

**Une voix:** Saint-Germain.

**M. Bérubé:** Et notamment le poste de Sainte-Anne-des-Monts, est-ce que vous pourriez parler de votre appréciation de cette situation-là, surtout parce qu'ils avaient à donner une réponse de ça, et rendre public le rapport complet pour... au bénéfice des parlementaires? Je dis bien: le rapport complet...

**Une voix:** Oui.

**M. Bérubé:** Évidemment, là, en biffant tout ce qui est nominatif et qui pourrait porter préjudice à des situations particulières, mais je tiens au rapport complet.

Et, dernière demande, le ministre de la Santé et des Services sociaux, avant d'être ministre, était évidemment médecin pratiquant. Il a émis un rapport spécifique pour le cas de l'Hôpital des Monts, de Sainte-Anne-des-Monts. Il y a bien longtemps qu'on est plusieurs intervenants à vouloir le consulter, est-ce que vous pourriez le rendre disponible pour le bénéfice des parlementaires?

**M. Pelletier (Gilles):** Concernant le rapport...

**M. Bérubé:** Dans les années 2000.

**M. Pelletier (Gilles):** Oui. Concernant le rapport du ministre Bolduc sur le Centre de santé de la Haute-Gaspésie, je n'ai aucune idée de ce rapport-là. Je n'ai pas eu connaissance, je veux dire, qu'il a été émis. On a travaillé sur un rapport, je veux dire, avec le ministre Bolduc du côté des Îles-de-la-Madeleine, mais, moi, je n'ai pas travaillé avec le ministre Bolduc. Il faudra peut-être revoir, je veux dire, s'il y a...

**M. Bérubé:** Pourtant, c'est la confirmation que me donne la présidente du conseil d'administration du CSSSHG ainsi que le ministre lui-même.

**M. Pelletier (Gilles):** Ah! Mais, comme je vous dis...

**M. Bérubé:** Ce n'est pas l'agence qui l'a commandé.

**M. Pelletier (Gilles):** Ce n'est pas l'agence qui l'a commandé et, deuxièmement, ce n'est pas l'agence qui l'a en sa possession.

**M. Bérubé:** Très bien. Quant à la protection de la jeunesse...

**M. Pelletier (Gilles):** La protection de la jeunesse, le rapport complet...

**M. Bérubé:** Oui.

**M. Pelletier (Gilles):** ...que vous souhaitez avoir. Est-ce qu'on a ce rapport-là...

**M. Bérubé:** J'ai le rapport partiel, en fait...

**M. Pelletier (Gilles):** ...du côté de l'agence?

**M. Bérubé:** ...c'est la raison, là.

**M. Pelletier (Gilles):** On va... on verra si on... On sera sûrement capables de mettre la main sur ce rapport-là.

**M. Bérubé:** Êtes-vous satisfaits de la réponse qui a été apportée suite aux... disons, on va appeler ça aux recommandations — ça pourrait être réprimandes, quant à moi — recommandations pour le cas spécifique de Sainte-Anne-des-Monts?

● (12 h 30) ●

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, tout à fait. Parce qu'il y a une nouvelle personne qui est à la direction de la succursale, on a réussi à embaucher de très bons intervenants, qui font maintenant des suivis adéquats auprès de nos clientèles. Il faut dire aussi qu'on a eu...

**M. Bérubé:** Mobilité, beaucoup...

**M. Pelletier (Gilles):** On a eu de la difficulté, à Sainte-Anne-des-Monts, à recruter à cette succursale-là, depuis de nombreuses années. La situation s'est stabilisée...

**M. Bérubé:** ...réputation les précède.

**M. Pelletier (Gilles):** ...on est contents. Concernant l'oncologie, si vous souhaitez une réponse...

**M. Bérubé:** 150 000 \$, ça coûte.

**M. Pelletier (Gilles):** ...en oncologie, mais on n'est pas dans une perspective, nous, parce qu'on est actuellement en réflexion sur la façon de dispenser des services. Le principe qu'on défend, je veux dire, au niveau de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, c'est d'avoir des services... accès aux services dans les centres de santé. Ce qu'il faut, c'est que les traitements oncologiques soient disponibles. Qu'ils viennent ou qu'ils voyagent, je veux dire, c'est... ça va se passer, je veux dire, actuellement dans d'autres territoires.

**M. Bérubé:** Donc, ce n'est pas commandé, là, dans le catalogue, là, la hotte, la hotte n'est pas commandée.

**M. Pelletier (Gilles):** Non, non, non, pas du tout. Pas du tout, non.

**M. Bérubé:** En terminant, M. le Président — je pensais que c'était dans... que la commande était faite. Une manchette de CIEU-FM, du 24 septembre 2009, quant au budget... prévision de déficit budgétaire, dans le cas de la Haute-Gaspésie, on parlait à ce moment-là de 890 000 \$, non autorisé par l'agence. Ce qui m'amène à poser une question que bien des gens se posent dans la population de La Haute-Gaspésie: Est-ce qu'on a confié à la nouvelle direction générale un mandat particulier de redressement important du CSSS de la Haute-Gaspésie? C'est une perception populaire...

**M. Pelletier (Gilles):** Oui, oui, oui.

**M. Bérubé:** ...généralisée. Vous avez assisté à deux assemblées où il y avait énormément de citoyens. J'en ai entendu parler. Ça se discute à l'intérieur et à l'extérieur. Terminé.

**M. Pelletier (Gilles):** Écoutez, la directrice générale du Centre de santé de la Haute-Gaspésie comme les autres directeurs généraux et directrices générales de la région ont un mandat de ramener les établissements en équilibre budgétaire, O.K.? Ça, c'est clair. Cependant, ils ont aussi comme consigne de faire en sorte que les services à la population ne soient pas affectés, et ça, c'est là-dessus qu'on travaille avec la directrice générale. Et on a actuellement, on en a parlé tout à l'heure, des pistes qui nous permettent de croire qu'on sera capables d'arriver en équilibre budgétaire en diminuant la main-d'oeuvre indépendante, en réduisant aussi, parfois, l'assurance salaire et en réorganisant le travail. Donc, on a là des pistes qui vont nous permettre non seulement d'avoir l'équilibre budgétaire, mais d'avoir de bien meilleurs services.

### Documents déposés

**Le Président (M. Kelley):** Sur ça, malheureusement, je dois mettre fin à notre échange. J'ai deux items d'intendance. Je dois déposer les documents réalisés par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—des-Îles-de-la-Madeleine, c'est-à-dire l'allocution du président-directeur général et présentation PowerPoint. Alors, ces documents sont déposés.

Il me reste à dire merci beaucoup, M. Pelletier et votre équipe, pour la qualité d'information fournie aux membres de la commission, des réponses qui ont donné un bon échange sur beaucoup d'enjeux. Alors, merci beaucoup. Moi, je n'ai pas de racine dans la Gaspésie, mais ma grand-mère est née... était née à Dalhousie, alors, pour elle, la Baie-des-Chaleurs était le paradis terrestre en tout temps. Alors, je connais le coin.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Oui. Et merci beaucoup pour votre souci pour la communauté anglophone qui demeure dans le coin, aussi.

Sur ça, je vais suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures, dans cette même salle, afin d'entendre l'Agence

de la santé et des services sociaux de Saguenay—Lac-Saint-Jean. Je pense, le symbole de l'espoir le plus important, c'est un enfant. Alors, merci beaucoup d'amener ce symbole d'espoir et partager ça avec nous ce matin. Alors, sur ça, je suspends nos travaux jusqu'à 14 heures.

*(Suspension de la séance à 12 h 33)*

*(Reprise à 14 h 8)*

**Le Président (M. Kelley):** À l'ordre, s'il vous plaît! De nouveau, je constate quorum des membres de la Commission de la santé et des services sociaux. Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission.

La commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Saguenay—Lac-Saint-Jean dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2005-2006 à 2008-2009, en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Doyer (Matapédia) remplace M. Gauvreau (Groulx); M. Cloutier (Lac-Saint-Jean) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve); et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

● (14 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** Alors, bienvenue, tout le monde. Notre prochaine étape, ça va être d'inviter les représentants de l'Agence santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, représentée, entre autres, par sa présidente-directrice générale, Martine Couture, de faire une présentation d'une trentaine de minutes aux membres de la commission.

Pour les membres de la commission, on a distribué une version du discours de Mme Couture, et ça va être une version abrégée de ce texte. Alors, on peut suivre ça, mais il y aura des éléments qui vont être sautés pour en arriver à... plus ou moins à l'intérieur de notre enveloppe de 30 minutes, si j'ai bien compris.

Alors, sans plus tarder, bienvenue parmi nous, Mme Couture. Et la parole est à vous.

### Agence santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean (ASSS—Saguenay—Lac-Saint-Jean)

**Mme Couture (Martine):** Merci. Alors, merci beaucoup, M. le Président. Mmes et MM. les députés membres de la commission, bonjour. Je vais d'abord commencer par vous présenter les personnes qui m'accompagnent, de notre agence du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Donc, à ma gauche: M. Yvan Roy, directeur des services sociaux; Mme Lucie Lagacé, directrice des ressources humaines et du secrétariat général; M. Gilles Simard, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles; Mme Johanne Bilodeau, coordonnatrice régionale aux ententes de gestion; Dr Donald Aubin, directeur des services santé, affaires médicales et universitaires, et directeur par intérim de la santé publique; M. Jean-François Saint-Gelais, conseiller-cadre en

communications; et M. Bruno Dahl, notre président du conseil d'administration de notre agence.

Dans un premier temps, nous présenterons notre région, son réseau de santé et de services sociaux et le portrait régional de notre population. Nous exposerons par la suite les résultats les plus significatifs des quatre dernières années selon un découpage qui correspond globalement à nos différents programmes. Il s'agira de la partie la plus exhaustive de notre présentation. Et nous en profiterons aussi pour mettre en lumière les plus problématiques particulières et les solutions que nous entendons apporter à ces problématiques-là. En guise de conclusion, nous précisons quelques réalisations dont nous sommes particulièrement fiers.

Donc, le Saguenay—Lac-Saint-Jean compte 270 247 habitants, regroupés dans 49 municipalités et une communauté montagnaise. Au sein de notre population, 18 % sont âgés de moins de 18 ans, 66 % ont entre 18 et 64 ans, tandis que les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de l'ensemble. L'Institut de la statistique du Québec prévoit que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus passera de 43 350 en 2009 à 75 754 en 2026. Elles représenteront alors près de 30 % de notre population. Notre réseau de santé et de services sociaux doit donc s'adapter à ces transformations démographiques.

Six constats nous permettent d'établir un portrait sommaire de l'état de santé et de bien-être de notre population. La population du Saguenay—Lac-Saint-Jean est vieillissante et de plus en plus scolarisée. On enregistre des gains appréciables de l'état de santé et de bien-être global, mais qui sont atténués par des écarts importants liés aux conditions socioéconomiques. Les habitudes de vie sont encore à améliorer malgré une nette diminution du tabagisme; nous sommes passés de 48 % de fumeurs en 1980 à 24 % en 2007. Le nombre de cas de maladies chroniques devrait connaître une croissance soutenue en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'obésité. Des problèmes psychosociaux persistent. Et des problèmes de santé mentale affectent une part importante de notre population.

Au chapitre de l'organisation du réseau de santé et de services sociaux, notre région compte six réseaux locaux de services. Au niveau des établissements, on trouve six centres de santé et de services sociaux, dotés d'une triple mission, soit de centre hospitalier, de CLSC et de centre d'hébergement pour personnes âgées. On retrouve également deux établissements à vocation régionale, soit le centre jeunesse et le centre de réadaptation en déficience intellectuelle, de même qu'un centre d'hébergement privé conventionné.

À Chicoutimi se trouve le Centre hospitalier universitaire régional, qui compte l'une des plus grandes variétés de spécialités regroupées dans un même centre hospitalier au Québec. L'établissement dessert sa population locale, l'ensemble de la population régionale et même d'autres régions dans certains services. Au niveau de l'enseignement et de la recherche, le CSSS a entre autres développé une unité d'enseignement de médecine interne, un noyau de recherche appliquée en médecine de famille, également en génétique et en génomique.

Près de 11 000 personnes travaillent au sein de notre réseau, dont le budget d'opération est plus de 670 millions de dollars, ce qui en fait le premier employeur de notre région.

Au niveau des programmes et services, en 2007, nous avons rendu public le premier rapport de la plus

vaste enquête générale de santé jamais réalisée dans notre région. Cette enquête a été menée par notre direction de santé publique auprès de 4 941 répondants, dont plus de 800 dans chacun de nos six territoires, ce qui nous permet de disposer d'échantillons représentatifs de toute notre population.

Au total, 14 thématiques ont été explorées, comme l'état de santé général, l'état de santé mentale, les habitudes de vie, les maladies chroniques ainsi que d'autres thématiques rarement ou jamais abordées, par exemple l'engagement social, le milieu de vie ou la génétique.

Par ailleurs, nous sommes sur le point de démarrer la première phase du projet pilote d'offre de tests génétiques au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Fruit de la collaboration du groupe Écogène-21, des six centres de santé et de services sociaux de la région, du ministère et des associations promotrices régionales, ce projet unique au Québec concerne quatre maladies héréditaires récessives ayant une forte prévalence dans notre région.

Une autre réalisation importante en santé publique concerne nos performances dans la surveillance et le contrôle des infections nosocomiales. Un des grands défis de santé publique est de prévenir les infections nosocomiales, dont la plus fréquente est le *Clostridium difficile*.

Enfin, l'agence a dévoilé, en mars 2009, un bilan: *L'état de santé des hommes au Saguenay—Lac-Saint-Jean*. Il s'agit du premier jalon en vue d'interventions futures initiées par le comité régional de santé des hommes. Il est l'un des premiers créés au Québec dans la foulée des recommandations du rapport du Comité de travail provincial en matière de prévention et d'aide aux hommes.

En santé physique, l'accès aux services médicaux de première ligne est un défi fondamental du réseau de santé, qui figure comme un enjeu majeur également dans la planification stratégique de notre agence. Dans notre région, l'Enquête de santé du Saguenay—Lac-Saint-Jean 2007 révèle que 84 % des adultes disent avoir un médecin de famille. Nous avons adopté différentes mesures au cours des dernières années pour rehausser l'accès à un médecin de famille, prioritairement pour les personnes vulnérables.

Un guichet d'accès pour les personnes dites orphelines, qui sont sans médecin de famille, a été instauré à Alma en 2007, puis dans chacun des centres de santé et de services sociaux de la région en 2008-2009.

Les groupes de médecine de famille, GMF, participent à l'amélioration de l'accès à un médecin de famille et à une meilleure prise en charge des patients. Depuis 2006, le nombre de GMF accrédités dans notre région est passé de cinq à huit. Le nombre de personnes inscrites a pratiquement doublé au cours de la même période, passant de 17,5 % à 34,7 % de notre population, si bien qu'on en compte aujourd'hui plus de 67 700, ce qui dépasse largement la cible, qui avait été établie à 58 000 personnes. Deux projets d'implantation GMF sont en cours actuellement.

L'accès aux services de première ligne évolue également grâce à de nouvelles formules d'organisation clinique. Tout récemment, une première clinique-réseau a débuté ses activités à Alma, fruit d'un projet élaboré par les médecins du groupe de médecine de famille d'Alma, du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est et de l'agence. La clinique-réseau vise à améliorer l'accessibilité aux médecins, diminuer l'attente à l'urgence et assurer une meilleure prise en charge des personnes vulnérables.

Une des conséquences directes de la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille est la pression exercée sur les six services d'urgence de notre région, qui s'accroît d'année en année. Depuis 2006, le nombre de visites ne cesse d'augmenter. En 2009, on a enregistré 20 000 visites de plus qu'il y a quatre ans. Il est vrai cependant que les services d'urgence du Saguenay—Lac-Saint-Jean figurent toujours parmi les plus performants du Québec.

L'accessibilité aux services de première ligne est fondamentalement tributaire des effectifs médicaux. Depuis 2006, le nombre d'omnipraticiens installés au Saguenay—Lac-Saint-Jean est passé de 273 à 288, ce qui a rehaussé le taux d'atteinte de nos besoins de 68 % à 73 %. Depuis 2006, 44 postes d'omnipraticiens autorisés par le ministère en vertu des plans d'effectifs médicaux ont été comblés dans notre région. Chaque année, nous appliquons une répartition intrarégionale rigoureuse en accordant la priorité aux territoires dont les besoins sont les plus criants.

Les retombées en sont manifestes. Tous nos territoires ont des besoins comblés au-delà de 70 %. Au Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine, le niveau de besoins comblés est passé de 60 % à 73 % en quatre ans.

Nous ne saurions passer sous silence la création à Saguenay en 2006 d'un site de formation en médecine délocalisé de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Le campus a accueilli à ce jour 96 étudiants en médecine. Il s'agit d'une opportunité en soi qui pourrait avoir un impact déterminant sur le recrutement et la rétention des effectifs médicaux pour toute la région.

Les établissements de la région ont mis en place les mécanismes d'accès aux services chirurgicaux dès 2007 dans le sillon des orientations établies alors par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Entre 19 000 et 20 000 chirurgies sont réalisées dans notre région chaque année. Nous avons accru la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une des chirurgies ciblées par le ministère. Ainsi, plus de 90 % des patients en attente d'une arthroplastie de la hanche ou du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ont été opérés à l'intérieur d'un délai de six mois depuis 2007.

En 2009, quelque 16 000 patients nécessitant d'autres types de chirurgies ambulatoires ou de chirurgies avec hospitalisation ont été opérés dans un délai de moins de six mois. Il s'agit d'une amélioration de plus de 20 % par rapport à 2008.

Notre région a également développé une offre de services spécialisés et surspécialisés suprarégionale pour les habitants du secteur Chibougameau-Chapais et de la Côte-Nord, particulièrement pour ceux de Bergeronnes, Escoumins, Sacré-Coeur et Tadoussac. Les patients de ces municipalités sont considérés au même titre que ceux du Saguenay—Lac-Saint-Jean dans la prestation des services.

Nous avons amorcé une évaluation pilote sur le financement des services de chirurgie de concert avec le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Cette évaluation s'inscrit dans la foulée des réflexions du Groupe de travail sur le financement du système de santé. Si la démarche est embryonnaire, des points positifs sont déjà perceptibles: d'une part, l'amélioration de la connaissance du détail des coûts pour l'ensemble des épisodes chirurgicaux et, d'autre part, une plus grande concertation entre les cliniciens et les responsables des ressources financières, ce qui améliore l'aide à la décision.

● (14 h 20) ●

En ce qui concerne la situation des effectifs en médecine spécialisée, leur nombre est passé de 207 en 2006 à 221 en 2009. Le plan régional d'effectifs médicaux est comblé à 81 %, donc nous avons 221 médecins spécialistes sur un besoin de 272. Toutes spécialités confondues, une cinquantaine de postes sont à combler. La situation est plus préoccupante en hémato-oncologie, en gastroentérologie et en neurologie.

Le secteur des services ambulatoires, les services préhospitaliers d'urgence, a connu une évolution remarquable aussi au cours des dernières années. En 2008, le projet pilote de transformation partielle des horaires de travail a grandement amélioré le temps réponse auprès de la population. Le délai moyen d'intervention des paramédics du Saguenay—Lac-Saint-Jean, pour les appels urgents, a diminué de plus de deux minutes. Parallèlement, le pourcentage d'appels urgents répondus en moins de huit minutes a connu une hausse considérable, passant de 44 % à 65 %.

Cette grande amélioration de services à la population a été rendue possible grâce à un investissement de 2,7 millions de dollars et une concertation régionale entre le syndicat, les propriétaires de firmes ambulancières et l'agence.

Les organismes communautaires apportent une contribution unique et essentielle au bien-être de notre population régionale. En 2008-2009, notre agence a octroyé plus de 17 millions de dollars à 221 organismes du Saguenay—Lac-Saint-Jean dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires. À ce jour, il s'agit d'une augmentation du financement total de 43 % par rapport à 2006. Au cours de la même période, 33 nouveaux organismes ont pu aussi obtenir une première subvention.

Notre agence a résolu, il y a plusieurs années, de consacrer un minimum de 10 % de ses budgets de développement au financement d'organismes communautaires. De 2006 à aujourd'hui, selon les années, l'agence a investi plus que les 10 % qu'elle s'était fixés. Ce sont entre 13 % et 40 % de ces budgets qui ont été versés à des organismes. À ça s'ajoutent des aides ponctuelles de 280 000 \$ pour appuyer les besoins et les efforts d'organismes aux prises avec des difficultés financières.

En ce qui concerne les services offerts dans la région aux personnes âgées de 65 ans et plus et en perte d'autonomie, nous attirons votre attention sur quelques-uns des éléments importants des dernières années. Actuellement, plus de 6 500 aînés reçoivent des services de soutien à domicile dans notre région. Depuis 2006, nous avons rehaussé l'intensité des services à domicile auprès d'eux, alors que le nombre moyen d'interventions par personne est passé de 19,3 à 24,4 par année.

Dans les centres d'hébergement publics, nous observons une augmentation du nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance, et ce, conformément aux cibles établies. Les visites d'appréciation de la qualité des services se sont poursuivies en 2009, si bien que 68 % des centres d'hébergement de notre région ont été évalués.

Par ailleurs, un projet novateur a été réalisé dans le territoire Maria-Chapdelaine comme alternative à l'hébergement traditionnel en centre d'hébergement. Il s'agit du développement de 30 places, qui permet le maintien des personnes âgées dans leur communauté.

En 2007, le gouvernement du Québec introduisait le régime de certification de conformité obligatoire des

résidences privées pour personnes âgées, dans l'objectif de mieux encadrer les activités et le développement des résidences privées. Plus de 3 000 aînés vivent dans ces 101 résidences privées réparties sur le territoire du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Toutes les résidences ont entamé leur processus de certification obligatoire et 84 % d'entre elles l'ont déjà obtenue. Notre agence a joué un rôle de premier plan dans ce processus en supportant de façon continue les exploitants de résidences. Nous avons financé en partie un service de soutien aux exploitants, offert par le cégep de Jonquière, pour les préparer à la certification. 75 % d'entre eux ont eu recours à ce service.

Les services aux jeunes en difficulté ont été améliorés entre 2006 et 2009. Dans chacun des centres de santé et de services sociaux, un programme de soutien intensif et de crise auprès des familles permet d'éviter un placement. De plus, l'accessibilité et l'intensité des services psychosociaux offerts aux jeunes ainsi qu'à leurs familles ont connu une progression importante. Quelque 4 800 usagers ont été rejoints en 2009, contre 3 300 en 2006, pendant que le nombre d'interventions passait de 6,81 à sept par année par usager.

Au regard des services aux centres jeunesse, nous avons inauguré en 2008 à Roberval une ressource d'hébergement destinée aux jeunes de 10 à 13 ans ayant des troubles de comportement. L'objectif est d'assurer aux enfants des services adéquats et personnalisés dans un milieu de vie adapté à leurs besoins. Nous avons également inauguré une unité mixte d'encadrement intensif à Chicoutimi pour les jeunes présentant un risque sérieux d'être dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Cette nouvelle unité leur permet d'être hébergés à proximité de leur milieu de vie, leur assure une meilleure continuité des services et facilite l'implication de leurs parents.

Dans la région, on observe depuis plusieurs années une hausse constante des signalements reçus en protection de la jeunesse, et ce, malgré la baisse démographique. Les signalements ont augmenté de 24,4 % entre 2006 et 2009. Alors qu'on en dénombrait 3 300 à cette époque, on en a enregistré 4 158 l'an dernier. Si le délai moyen d'attente à l'évaluation des signalements s'est amélioré de 15,27 à 12 jours, la situation demeure toutefois fragile.

Un mécanisme de transfert des signalements non retenus par le centre jeunesse vers les CSSS a été instauré en 2006. L'expérience s'est avérée positive et se poursuit. Ce moyen de recadrer les demandes de services par rapport aux signalements permet à la Loi sur la protection de la jeunesse d'agir de par son caractère d'exception. Il permet aussi d'assurer des services aux enfants de même qu'aux familles où la sécurité et le développement des enfants sont compromis.

Nous avons investi quelque 3 millions de dollars provenant des budgets de développement dans le programme Jeunes en difficulté depuis 2005.

Au chapitre des ressources humaines, l'offre de services s'illustre par une augmentation des heures travaillées de l'ordre de 6,78 %. Ces heures découlent des investissements notamment en jeunesse, en santé mentale, en perte d'autonomie liée aux vieillissements et en radio-oncologie.

Au Saguenay—Lac-Saint-Jean comme ailleurs au Québec, la situation des ressources humaines est préoccupante. Le portrait actuel traduit des zones de vulnérabilité importantes dans 13 catégories d'emploi. Je ne les

énumérerai pas toutes, mais, pour exemple, infirmières, audiologistes, orthophonistes, psychoéducateurs, pharmaciens. Ce sont tous des titres d'emploi en vulnérabilité.

Pour ces catégories d'emploi, les probabilités de départs à la retraite sont estimées à au moins 1 200 au cours des trois prochaines années. L'apport des personnes âgées de 50 ans et plus varie de 10 % à 31 %, et entre 30 % et 64 % des travailleurs sont âgés de moins de 34 ans, un indicateur représentatif de la probabilité importante d'absences éventuelles pour des congés de maternité.

On observe également la présence accrue d'une nouvelle génération de travailleurs qui aspirent à concilier harmonieusement leur travail et leur qualité de vie. Nous devons adapter nos pratiques de gestion en conséquence, en d'autres mots, repenser l'organisation du travail.

Le grand défi est évidemment le recrutement. Il est sans doute encore plus grand en soins infirmiers. À cet égard, entre 2006 et 2009, notre région n'a pas vécu une situation de pénurie comparable à celle qui se vivait ailleurs au Québec. Les difficultés se sont plutôt fait sentir au niveau des remplacements lors des périodes de vacances estivales et hivernales. Toutefois, nous commençons clairement à ressentir les effets de la pénurie.

On compte quelque 2 200 infirmières dans notre région. 36 % ont moins de 34 ans et 31 % plus de 50 ans. On prévoit 483 départs à la retraite d'ici trois ans. Cette année, le nombre de finissants en soins infirmiers de notre région sera inférieur à celui des départs dans nos établissements: 119 finissants pour 164 départs.

Pour relever le défi, nous proposons une offre de travail plus intéressante aux futures infirmières à travers des projets d'externat et des programmes de préceptorat. Les étudiantes de première année en soins infirmiers ont aussi la possibilité de travailler pendant l'été comme préposées aux bénéficiaires.

Afin de favoriser la rétention des nouvelles embauchées, les établissements ont implanté les programmes de soutien clinique, volet préceptorat. Les nouvelles infirmières sont titulaires d'un poste et elles ont désormais l'assurance de travailler au moins huit jours sur 28. Si elles sont disponibles, elles peuvent travailler facilement à temps complet.

Pour ce qui est des heures supplémentaires de travail réalisées par le personnel infirmier, notre taux régional est de 4,09 %, ce qui est inférieur au taux provincial. Les heures supplémentaires sont surtout concentrées en chirurgie, obstétrique et à l'urgence, des services où il est plus difficile de faire les prévisions en besoins d'effectif. Précisons que les acteurs de notre réseau régional ont adopté l'orientation claire de ne pas recourir à la main-d'oeuvre indépendante en soins infirmiers.

Concernant le personnel d'encadrement, nos actions ont donné des résultats fort positifs. Quelque 80 personnes sont inscrites au programme régional de relève des cadres, 125 nouveaux gestionnaires ont participé à un programme d'intégration à la fonction d'encadrement en collaboration avec l'Université du Québec à Chicoutimi, et 25 gestionnaires font partie du programme de formation pour les nouveaux cadres supérieurs. Ces programmes de formation favorisent le développement des compétences du personnel d'encadrement mais aussi le réseautage entre les gestionnaires de notre région.

● (14 h 30) ●

La question de la gestion de la présence au travail constitue un autre défi important de notre réseau. Depuis

2006, nous observons une certaine stabilité de l'assurance salaire, le principal indicateur de la présence au travail. Le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées a légèrement varié, entre 6,3 % et 6,8 %. Les perspectives pour 2009-2010 s'inscrivent dans la même tendance.

Nous avons déployé des efforts importants au cours des dernières années dans le but d'accroître la contribution des gestionnaires dans la prévention de l'absentéisme. Nous avons investi quelque 200 000 \$ dans différentes activités de développement portant sur la mobilisation et la gestion intégrée de la présence au travail. Quelque 800 gestionnaires du réseau régional y ont participé.

Quelques mots maintenant sur notre situation financière. Le budget régional de la santé et des services sociaux est passé de 555 millions en 2006 à 674 millions de dollars en 2009, une croissance de 21 %. Le budget propre aux établissements a évolué de 510 millions à 617 millions de dollars au cours de la même période. Quant aux déficits accumulés, ils ont été respectivement de 12,8 millions et de 14,3 millions de dollars, et ce, dans le respect des autorisations reçues à ce chapitre.

Au cours des quatre dernières années, les budgets alloués à notre région pour le développement de nouveaux services se sont élevés à 21,5 millions de dollars. Les budgets de développement réguliers ont été de 15,4 millions de dollars, principalement répartis dans les programmes Perte d'autonomie liée au vieillissement, Jeunes en difficulté et Santé mentale. Plus de 6 millions de dollars ont été octroyés comme budgets de développement spécifiques, suivant sensiblement la même répartition au niveau des programmes.

Pour conclure, nous tenons à attirer votre attention sur quelques-unes des réalisations dont nous sommes très fiers.

Dans le respect du rapport du Vérificateur général de 2007 sur la gouvernance dans le réseau de santé et de services sociaux, nous avons réalisé une importante évaluation de nos pratiques de gestion au cours des deux années subséquentes.

Comment passer sous silence nos résultats dans la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1)? Le Saguenay—Lac-Saint-Jean a obtenu un taux de couverture vaccinale de plus de 71 %, soit une performance largement supérieure à la moyenne provinciale et le meilleur résultat parmi les 12 régions du Québec comptant plus de 100 000 habitants. L'implication, la collaboration et la rigueur des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, dans les établissements comme à l'agence, ont été à l'origine de ce succès pour protéger massivement notre population.

En situation de pandémie comme à longueur d'année, notre population a accès à un service dont nous sommes fiers, Info-Social, un service en réponse téléphonique délivré par des professionnels en intervention psychosociale. En 2006, le Saguenay—Lac-Saint-Jean fut la première région du Québec à offrir un service d'intervention psychosociale téléphonique centralisé arimé avec une intervention terrain, et ce, sept jours sur sept, 24 heures sur 24. L'agence et le ministère avaient investi 500 000 \$ dans ce projet.

L'expertise du Centre de santé et de services sociaux de Lac-Saint-Jean-Est, gestionnaire des services Info-Santé et Info-Social, est reconnue partout au Québec tant pour

le développement des guides d'intervention de crise que pour les travaux de son Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale.

Le Saguenay—Lac-Saint-Jean est l'une des deux régions du Québec où les services Info-Social et Info-Santé sont intégrés.

Une autre réalisation dont nous sommes fiers est l'orientation volontaire prise par l'agence en matière de développement durable à la suite de la stratégie gouvernementale présentée en décembre 2007. L'objectif est de sensibiliser les acteurs et les organisations qui peuvent contribuer au développement d'une culture de plus en plus écoresponsable. Plusieurs mesures ont été mises de l'avant pour approfondir l'applicabilité des principes de développement durable dans notre réseau régional.

Également, en 2008, nous avons débuté la mise en oeuvre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Nous avons investi quelque 1,4 million de dollars pour accroître l'accessibilité aux services en première et en deuxième ligne.

Les centres de réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle de la région ont dû revoir leurs processus pour améliorer leurs délais d'intervention, alors que les centres de santé et de services sociaux ont eu la tâche de réorganiser leurs services et d'implanter des standards de continuité.

La première phase de notre plan vise la résorption, d'ici novembre 2010, d'une liste d'attente de 417 personnes ayant fait une demande de service. À ce jour, 232 usagers, soit 56 % des personnes en attente, ont reçu des services. Nous sommes donc sur la bonne voie.

Parallèlement, de nouveaux standards d'accès ont été établis pour les enfants de moins de six ans ayant un niveau de priorité élevé. Des services doivent désormais leur être donnés dans un délai de 30 jours en CSSS et de 90 jours en centre de réadaptation. Nous avons un taux de réussite de 75 %, ce qui correspond à la cible établie par le ministère.

Le recrutement et le remplacement des professionnels: ergothérapie, orthophonie, physiothérapie, constituent des défis importants pour les centres de réadaptation et les centres de santé et de services sociaux. Nos partenaires sont mobilisés pour optimiser les services pour les personnes ayant une déficience. Notre esprit de concertation est un avantage certain pour l'implantation du plan d'accès.

En santé mentale, nous sommes fiers du travail réalisé pour l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — *La force des liens*. Nous avons rehaussé les services de première ligne aux personnes souffrant de troubles mentaux. Des équipes sont en place dans nos six territoires, ce qui assure la présence d'une expertise en première ligne partout dans la région. L'accès aux services est en croissance, et chaque centre de santé et de services sociaux dispose d'un guichet d'accès aux services.

Nos centres de santé et de services sociaux ont mis en oeuvre plusieurs actions pour améliorer les services de soutien dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves. Nous avons pris le virage de la réadaptation axée sur le rétablissement. En matière de services d'intégration sociale, le nombre de places liées au soutien au logement est passé de 27 en 2005 à 83 en 2009.

Des mesures ont également été instaurées pour améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services de crise et le maintien des compétences des interventions

en prévention du suicide, et ce, en collaboration avec des partenaires du secteur communautaire, dont le Centre de prévention du suicide. Nous avons implanté un cadre de partenariat visant la participation des personnes utilisatrices de services au sein des structures de concertation.

Enfin, nous terminons ici un survol sommaire des réalisations de notre réseau régional depuis 2006. Nous ne saurions conclure sans rendre hommage à tout le personnel qui travaille au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans les établissements et les organismes, secondés par des milliers de bénévoles. C'est grâce à leur engagement que notre réseau peut surmonter bien des obstacles et relever de nombreux défis. Je vous remercie.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Merci beaucoup pour ce survol très rapide de toutes vos activités. C'est un bel exercice d'essayer de résumer toutes vos activités. On va passer maintenant à la période d'échange avec les membres de la commission, et je vais commencer avec le député de Laurier-Dorion.

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. D'abord vous saluer. Bonjour, Mme Couture, ainsi que les membres de votre équipe. Merci pour ce déplacement puis les renseignements que vous nous avez fournis, votre rapport. Je pense qu'on n'a pas rencontré une agence qui ne nous a pas parlé un petit peu de la planification de la main-d'oeuvre et les défis qui évidemment sont posés à cet égard-là. Vous nous avez brossé le portrait, un petit peu, de la région. Vous avez une population vieillissante. Vous avez parlé d'une population qui est scolarisée aussi. Vous avez expliqué le fait que vous avez des travailleurs de la santé qui sont proches de la retraite et qui seront à la retraite bientôt. Vous avez parlé un petit peu du fait que vous avez aussi des travailleurs de la santé qui sont à l'âge peut-être d'avoir des familles, des enfants, alors ce qui va demander certains congés de maternité, etc. Évidemment, vous n'êtes pas les seuls qui avez les défis de recrutement à ce niveau-là, nous avons... Écoutez, nous avons entendu le groupe du Nunavik. Si vous pensez que vous avez des défis, vous pouvez penser à ce qu'on est venu nous dire de leur côté.

Dites-nous un petit peu: Comment composez-vous avec ça? J'ai entendu un petit peu... dans votre allocution, vous avez parlé de votre préceptorat, externat, vous avez parlé de ça un petit peu. J'aimerais savoir: Est-ce qu'il y a un plan en place? Comment ça va à ce moment-ci? Parlez-nous un petit peu davantage... J'ai entendu parler... Évidemment, vous avez parlé de la Faculté de médecine à Chicoutimi; évidemment, vous avez parlé de vos 96 étudiants. Je pense qu'on est tous fiers de cette réalisation. Parlez-nous un petit peu de ça. Comment va le recrutement à ce niveau-là? Quels sont vos projets d'avenir? Brossez-nous peut-être un portrait un petit peu plus élaboré à ce niveau-là.

**Mme Couture (Martine):** Parfait. Alors, oui, M. le député. Donc, si je comprends bien, on va y aller en deux volets: le volet global, planification de la main-d'oeuvre, et puis ensuite parler plus spécifiquement du recrutement médical et puis de la formation en médecine dans la région. J'ai bien compris le sens de votre question?

**M. Sklavounos:** Oui, oui.

● (14 h 40) ●

**Mme Couture (Martine):** O.K. Donc, en ce qui a trait à la planification plus globale de la main-d'oeuvre, ce qu'on appelle dans notre jargon la PMO, la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, je le disais un petit peu dans notre allocution, il y a une particularité qui fait que notre région a été touchée par le volet pénurie plus tardivement que d'autres régions du Québec, en ce sens que dans plusieurs régions du Québec il y avait des postes qui étaient dépourvus de titulaires en soins infirmiers, alors que, dans notre région, ce n'est pas une situation qui se présente. On va commencer à le vivre justement parce que les départs à la retraite qui s'en viennent, au-dessus de 400 pour les trois prochaines années, puis, cette année-ci, une formation de nouvelles infirmières inférieure au nombre de départs. Notre région compte quatre collèges où il y a de la formation en nursing et aussi à l'Université du Québec à Chicoutimi, où on offre le baccalauréat de base. Donc, il y a cinq milieux de formation dans notre région, et, malgré cela, cette année, nous n'aurons pas suffisamment d'infirmières qui sortiront des études pour combler les besoins qu'on va avoir.

Ceci dit sur le plan global, je vais vous amener un peu plus sur le plan particulier maintenant. Vous me demandiez: De quelle façon est-ce qu'on traite la planification de la main-d'oeuvre dans notre région? Bien, on a emboîté le même pas que l'ensemble du Québec: la PMO est une priorité. D'ailleurs, au niveau de notre planification stratégique, le fait qu'on doive se soucier d'avoir la main-d'oeuvre adéquate dans les prochaines années, ça fait partie d'un de nos quatre enjeux pour les prochaines années.

On procède selon trois axes. D'abord, faire le portrait de notre main-d'oeuvre, le premier axe. Le deuxième, c'est de procéder à l'analyse des constats qui peuvent ressortir de ce portrait-là, quelles sont nos zones de vulnérabilité. Je vous énonçais les 13 postes... les 13 titres d'emploi qui sont en vulnérabilité, ça fait partie de nos analyses, entre autres autour des soins infirmiers, aussi en réadaptation, en pharmacie, en psychoéducation, en travail social. Donc, ce sont tous des titres d'emploi qui sont à risque. Et le troisième axe de travail, c'est les initiatives, les projets particuliers à susciter à l'intérieur des différents établissements. Donc, justement, le préceptorat, le tutorat, l'offre d'emplois d'été pour certains types de travailleurs du domaine de la santé, ça fait partie des différentes stratégies ou des différents projets qui sont menés par les établissements.

Une autre de nos caractéristiques — enfin, c'est peut-être la même chose dans d'autres régions, mais ça l'est dans la nôtre — un très grand travail sur une base régionale pour un portrait local, oui, mais un portrait régional aussi, et puis du travail, une forme d'entraide aussi pour les différents projets liés à l'attraction, la rétention de la main-d'oeuvre.

Je ne sais pas si vous voulez avoir des exemples de ce qu'on a fait dans les établissements ou...

**M. Sklavounos:** Ça m'intéresse, si vous voulez rapidement... Oui.

**Mme Couture (Martine):** Ça vous intéresserait? Oui, O.K.

Donc, entre autres, par exemple, si on prend un titre d'emploi comme l'orthophonie-audiologie, les étudiants... On sait que, dans notre région, on n'a pas de cours qui se donne en orthophonie-audiologie, donc ça se donne à l'extérieur de notre région. Alors, l'offre qui est offerte,

c'est que les étudiants en orthophonie-audiologie qui sont à la fin de leur bac ou au début de leur maîtrise peuvent avoir des emplois d'été en fonction d'un certain nombre de tâches qu'ils sont autorisés à remplir, et ils ont un emploi d'été dans nos établissements à l'intérieur de leur champ de compétence, ce qui nous permet de leur montrer ce dont on a besoin, de montrer aussi les milieux de travail, puis probablement et presque assurément de faire de l'attraction pour ces jeunes-là quand ils auront terminé leurs études. Donc, il y a vraiment des postes qui ont été conçus, créés pour les jeunes qui sont étudiants en orthophonie-audiologie dans notre région.

On a financé aussi des activités en organisation du travail, revoir les façons dont on peut travailler dans une salle d'urgence, par exemple. Est-ce qu'on ne pourrait pas introduire d'autres titres d'emploi dans une salle d'urgence, préposés aux bénéficiaires, par exemple, ou infirmières auxiliaires? Donc, il y a du travail qui a été fait à ce niveau-là aussi. Ça fait partie de nos exemples, là, de travail, de projets qui ont été menés.

Un autre aspect sur lequel les établissements travaillent beaucoup, on parle beaucoup d'offrir des postes à temps complet, mais les gens de ressources humaines des milieux se sont rendu compte que les postes à temps complet étaient peut-être moins attractifs en 2009-2010 qu'ils auraient pu l'être il y a 20 ans. Les jeunes peuvent préférer avoir des postes de travail à temps partiel, moins d'heures. Donc, il faut aussi que les milieux reviennent leur organisation du travail. Alors, voilà.

**M. Sklavounos:** Concernant la Faculté de médecine de Chicoutimi, avez-vous quelque chose que vous voudriez ajouter à ça? Évidemment, on est très fiers de ça, là.

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui, oui. Pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est un élément de fierté, je l'ai mentionné dans l'allocution, tout à l'heure. Donc, la Faculté de médecine, c'est un campus délocalisé de l'Université de Sherbrooke qui s'est installé à Chicoutimi. Le travail qui a été fait en amont de l'installation de ce campus a été un travail qui était très régional, donc tous les établissements de santé de la région, les CSSS ont mis l'épaulé à la roue. Évidemment, le CSSS de Chicoutimi a été le porteur de dossier beaucoup, mais tous les cinq autres CSSS y ont participé. On a aussi un comité régional de coordination des études en médecine, sur lequel siège un représentant de chacun des CSSS pour justement offrir... une offre de stage de... d'apprentissage pour les étudiants à la grandeur de la région, donc pas uniquement à Chicoutimi, mais les étudiants peuvent aller en observation à ce moment-là, parce qu'on est en prédoctoral, dans les différents milieux. C'est complété aussi par l'unité de médecine de famille de Chicoutimi avec un douze-places et l'unité de médecine de famille du secteur d'Alma avec un huit-places, ce qui permet aux gens qui décident de faire une carrière en médecine de famille d'avoir aussi un milieu de formation en résidence de médecine de famille dans la région.

Nous allons, au printemps, recevoir notre première cohorte qui va graduer de son programme prédoctoral de la Faculté de médecine délocalisée à Chicoutimi. C'est un instrument de fierté. On nous a demandé aussi d'augmenter le nombre d'étudiants pour passer de 24 à 32 par année. Donc, on voit que le milieu de la région est en mesure

d'offrir ce genre de... cette formation-là, qui est une formation de haut niveau. Et les jeunes qui y viennent, ce sont des jeunes autant de la région... Les statistiques, ça varie, c'est: sur 24, 12 de la région et 12 de l'extérieur; huit de la région et 14 de l'extérieur... Il y a comme pas de... C'est autant des gens de l'extérieur de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean que de la région.

Je ne sais pas si... Je pourrais vous en parler plus longtemps, si vous voulez, pas de problème.

**M. Sklavounos:** J'ai quelques autres questions. On pourra revenir peut-être à un autre moment.

J'aimerais peut-être tourner vers la question de l'accès au médecin de famille. Évidemment, vous avez entendu le ministre à plusieurs reprises répéter que l'accès au médecin de famille, pour lui, est une priorité pour la population québécoise. Évidemment, nous avons comme cible de faire passer le nombre de groupes de médecine de famille à 300 d'ici 2013 à travers le Québec. Vous avez mentionné dans vos remarques, et je l'ai vu à l'intérieur, dans la version... à l'intérieur de la version écrite de vos notes, qu'évidemment 84 % de la population du Saguenay—Lac-Saint-Jean dit avoir un médecin de famille, qui est au-delà de la moyenne québécoise, étant un magnifique résultat. Pouvez-vous nous parler un petit peu de ce qui est fait dans ce secteur-là? Comment vous fonctionnez? Comment est organisé le déploiement des services? Et quelles sont vos intentions pour l'avenir? Et nous parler un petit peu de votre guichet d'accès pour les personnes orphelines, évidemment qui a été instauré à Alma en 2007 et puis ailleurs. Parlez-nous un petit peu du fonctionnement.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Donc, pour ce qui est de votre première intervention, en lien avec l'enquête de santé où les gens disent... 84 % des gens disent avoir un médecin de famille, c'est vrai que c'est une belle donnée, dans le fond, c'est intéressant, mais, quand on a rendu publique notre enquête, il fallait mettre un petit peu de bémols autour de ça, parce qu'il se peut que quelqu'un dise avoir un médecin de famille, mais, lorsque vient le temps d'y avoir accès, d'avoir un rendez-vous, on se retrouve dans un autre univers. Donc, c'est intéressant de dire qu'il y a 84 % des gens qui disent avoir un médecin de famille, mais ce n'est pas tout d'en avoir un, encore faut-il y avoir accès. Donc, on est très conscients de ça, on ne s'est pas... on n'est pas restés en fait sur le fait que 84 % des gens disaient avoir un médecin de famille. Premier élément.

Le deuxième élément. Il y a déjà deux ans, au moment de la négociation des ententes de gestion et de l'attribution des budgets de développement, chacune des régions du Québec avait la possibilité d'avoir une priorité régionale et non pas uniquement les priorités nationales ou centrales. La région du Saguenay—Lac-Saint-Jean avait choisi comme priorité régionale l'accès aux services médicaux en première ligne. Donc, c'est à l'intérieur de cette priorité-là qu'a été développée la notion de guichet d'accès, ou d'accueil clinique, ou d'accueil centralisé pour les clientèles qui n'ont pas de médecin de famille.

Donc, chacun des territoires... le territoire de Lac-Saint-Jean-Est, le territoire d'Alma a été le premier à mettre son guichet en place, son accueil en place, mais chacun des territoires a suivi par la suite, et finalement... avec un processus d'inscription. Donc, chacun des guichets, c'est un lieu physique, mais c'est aussi un lieu téléphonique

pour pouvoir s'inscrire, pour quelqu'un qui est orphelin en termes de médecin, et puis quelqu'un qui est orphelin surtout en clientèle vulnérable. Donc, chacun des milieux avait son guichet. Chacun des milieux devait avoir un coordonnateur clinique, et le coordonnateur clinique devait obligatoirement être un médecin. Donc, ce sont les médecins qui font la coordination de cet accueil-là avec les autres tâches dans lesquelles ils évoluent. Et ce dont on s'est rendu compte finalement avec cette coordination-là, c'est que, sur au-dessus de 8 000 personnes qui s'étaient inscrites jusqu'à maintenant pour obtenir un médecin de famille, au-dessus de 45 % à 50 % avaient une clientèle... 50 % de notre clientèle avait été prise en charge, particulièrement les clientèles qu'on appelle vulnérables, celles qui sont atteintes, par exemple, de maladies chroniques ou autres difficultés. Ce sont surtout ces clientèles-là qui ont été priorisées par le guichet unique. Et chacun des six territoires a maintenant son guichet qui fonctionne très bien.

Sur la question de la répartition des effectifs médicaux, vous vouliez aussi nous entendre parler là-dessus, là...  
● (14 h 50) ●

**M. Sklavounos:** Le portrait géographique un petit peu...

**Mme Couture (Martine):** Oui.

**M. Sklavounos:** ...en quelque sorte. J'allais vous poser une question, évidemment, sur la première clinique-réseau qui a débuté ses activités à Alma, un petit peu aussi, là, mais...

**Mme Couture (Martine):** O.K.

**M. Sklavounos:** Ça allait être ma prochaine question, là, mais allez-y.

**Mme Couture (Martine):** D'accord. Donc, pour ce qui est de la répartition des effectifs médicaux, d'abord, chacune des régions a droit à un plan d'effectifs médicaux — vous connaissez... vous êtes à la Commission de la santé et des services sociaux, vous connaissez cette mécanique-là. Alors, nous, la même chose. Chaque année, on a un certain nombre de plans de... de médecins auxquels on a droit, dans notre plan d'effectifs médicaux. Ce qui a été mis au point dans notre région, de concert entre l'agence évidemment et son département régional de médecine générale, ça a été aussi un mode de répartition intrarégionale au niveau des médecins qui sont postulants pour travailler dans notre région. Alors, la répartition intrarégionale est devenue pour nous aussi importante que le nombre de médecins qui y entraînent, et on a fait la répartition intrarégionale des médecins en fonction du pourcentage d'atteinte des besoins de chacun des territoires.

Je vous le disais tout à l'heure, la région compte six territoires. Ça se répartit plutôt d'est en ouest ou nord-ouest, finalement, de la région. À une extrémité, c'est le secteur La Baie, Cléophas-Claveau, et ça va jusqu'au nord-ouest, Maria-Chapdelaine, le secteur Dolbeau-Mistassini et tous les villages environnants. Les extrémités ont toujours eu plus de difficultés à faire du recrutement de médecins, mais, avec cette formule-là, on a réussi à faire en sorte que chacun des territoires puisse augmenter de façon équilibrée son niveau d'atteinte ou de comblement des besoins en

effectifs médicaux, et c'est vraiment un gros travail qui a été fait, là, avec le département régional de médecine générale, qui a à nous faire la recommandation, comme agence, de la répartition intrarégionale. Je ne sais pas si ça répond à votre question?

**M. Sklavounos:** Oui. Et j'allais vous poser une question également au niveau des urgences, parce qu'évidemment les questions sont intimement liées en quelque sorte au niveau des soins de la première ligne et les urgences, et je comprends que vous subissez aussi une certaine pression au niveau des urgences mais que, malgré ça, vous réussissez très, très bien. Alors, on est... D'abord vous dire qu'on est fiers de vous, vous êtes parmi les plus performants au Québec. Alors, moi, étant un député montréalais, je suis ici, je trouve la situation intéressante et curieuse et je vais vous demander de partager votre secret avec les membres de la commission, alors votre secret de succès.

**Mme Couture (Martine):** Si notre secret nous permet de faire en sorte que vous veniez nous voir...

**M. Sklavounos:** ...je ne suis pas sûr que c'est ça que je veux entendre.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Mme Couture (Martine):** Écoutez, là, c'est vrai, les... je veux dire, en regard des statistiques, bon, nos taux se maintiennent d'année en année dans nos six services d'urgence. Donc, chacun des territoires a un service d'urgence. Il y a certains écarts. Il y a un territoire actuellement qui est un petit peu plus en difficulté. On le sait, évidemment, ce territoire-là a un plan d'action à réaliser, et on sait aussi pourquoi ce territoire-là a eu plus de difficultés: ils ont à faire un équilibre, dans ce territoire-là, au niveau des lits d'hébergement en soins de longue durée puis l'attente de placement, O.K.? Donc, on connaît... on a fini par connaître quelle était la difficulté, eux aussi, et ils y travaillent, et, malgré tout ça, au global, les cibles sont respectées. On a longtemps été même très en bas de la cible, très en deçà de la cible de 12 heures. On est présentement entre 9,5 et 10 heures d'atteinte... sur civière. Donc, il reste que nos cibles sont généralement atteintes.

Les urgences de la région sont des urgences à assez haut débit, pour la plupart, donc on... Ce n'est pas une question de manque de clientèle. Ce qui s'est passé, c'est qu'il y a eu vraiment un travail qui a été fait, entre autres... Je vous ai parlé un peu tout à l'heure, en ressources humaines, de la concertation qui existe. Le département régional de médecine générale a institué une table des chefs de médecins coordonnateurs des urgences, entre autres, qui se sont... qui se réunit régulièrement et qui met en commun leurs difficultés et leurs bons coups. Donc, c'est un des aspects qui a permis de garder un suivi, un oeil attentif sur la performance des urgences.

Il y a un travail énorme qui s'est fait dans notre région aussi — vous l'avez vu au niveau des statistiques — au niveau de la prise en charge des personnes âgées. Donc, veux veux pas, une urgence, ce n'est pas un milieu isolé à l'intérieur d'un grand ensemble. Une urgence, c'est un peu un reflet de ce qui se passe ailleurs. Je vous disais tout à l'heure, il y a une des urgences qui a un problème,

on sait pourquoi le problème est présent, il faut arriver à régler le problème du nombre de lits pour l'hébergement en soins de longue durée. Mais c'est vrai partout. Donc, si on améliore la prise en charge en première ligne, si on améliore la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'ils n'aient pas besoin de venir à l'urgence consulter, mais que leurs consultations se fassent ailleurs, donc on améliore aussi. Donc, l'amont et l'aval de l'urgence a été considéré par les responsables d'urgence, et le travail aussi, à l'intérieur de chacun des milieux, ça a été... Bon, les milieux ont appliqué, pour la plupart, le guide de gestion des urgences, dans lequel on préconise beaucoup le travail d'équipe entre le médecin-chef de l'urgence, mais la coordination aux admissions, le gestionnaire au niveau des services internes, le soutien à domicile, les services en santé mentale. Donc, il s'est fait beaucoup de ce travail-là aussi à l'intérieur même de chacun des milieux.

**Le Président (M. Kelley):** Ça va pour le moment. On va passer maintenant la parole au député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Bienvenue. Bien content de vous voir. Première clinique-réseau. Quel est l'avantage d'avoir une clinique-réseau par rapport à, par exemple, un groupe de médecins de famille? Quel est l'avantage de la clinique-réseau par rapport au GMF?

**Mme Couture (Martine):** D'abord, bonjour aussi. La clinique-réseau et le GMF ne sont pas tout à fait de même nature. Donc, l'avantage, c'est un... ce sont des avantages concomitants. La clinique-réseau, elle est conçue pour être instaurée dans un milieu de 50 000 habitants et plus comme support à l'accessibilité à des services médicaux quasiment d'urgence, O.K.?

**M. Drainville:** Oui.

**Mme Couture (Martine):** Alors que le groupe de médecine de famille, sa conception, elle est faite pour la prise en charge des patients, donc pour commencer...

**M. Drainville:** Mais qu'est-ce que la clinique-réseau offre que le GMF n'offre pas, à part l'imagerie médicale?

**Mme Couture (Martine):** La clinique-réseau peut... d'abord, c'est une... Comme je vous disais, l'objectif comme tel de la clinique-réseau, c'est pour un accès plus rapide aux médecins, plus facile à un médecin comme accessibilité.

**M. Drainville:** Comme des heures de sans rendez-vous.

**Mme Couture (Martine):** Les heures de sans rendez-vous, les horaires défavorables et... Bon, vous avez les... Vous avez nommé certains services en imagerie, par exemple, ou en laboratoire, c'est des possibilités...

**M. Drainville:** Laboratoires intégrés, dans votre cas, ou est-ce que vous faites affaire avec...

**Mme Couture (Martine):** Pour nous, non, il va falloir faire affaire avec...

**M. Drainville:** L'hôpital, hein?

**Mme Couture (Martine):** ...le centre de santé. Oui, oui, oui.

**M. Drainville:** Oui, c'est ça.

**Mme Couture (Martine):** Mais il n'en demeure pas moins que cette flexibilité-là qui est associée au travail d'une clinique-réseau permet un roulement plus facile de la clientèle, d'une part. D'autre part, il peut y avoir aussi des services un petit peu plus poussés que si on se retrouvait dans une clinique régulière de médecins. Exemple, on pourrait aller jusqu'à certains points de suture, par exemple, ce qu'on ne fait pas en clinique médicale régulière. Donc, ça permet, à ce moment-là, quand on parle de l'accessibilité à un médecin et le désengorgement des urgences... la clinique-réseau, elle est beaucoup plus dans le créneau du désengorgement des urgences et de l'accès plus facile à un médecin.

**M. Drainville:** Mais donnez-moi une idée des heures de sans rendez-vous qu'on retrouverait dans un GMF chez vous par rapport aux heures de sans rendez-vous que vous avez décidées pour votre clinique-réseau, juste pour que je puisse avoir une idée un peu du nombre d'heures supplémentaires en sans rendez-vous qui sont offertes par une clinique-réseau plutôt que par un GMF, disons, moyen, là.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Je vais peut-être demander... Dr Aubin, si vous voulez donner précisément cette réponse-là.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Aubin.

**Mme Couture (Martine):** Ça va? Je peux...

**M. Aubin (Donald):** Alors, effectivement, il y a des particularités, là, par rapport à tout ça. On a un GMF qui va s'adresser à sa clientèle, les gens qui vont être inscrits au GMF. Une clinique-réseau, là, bon, on regarde le modèle à Alma, parce que c'est là qu'on est, là, donc on a une première clinique-réseau, une première... un premier GMF, dans lequel il y avait un groupe de médecins puis une population qu'il desservait. Un deuxième GMF s'est installé, où, là, ils ont regroupé trois cliniques ensemble, et ça, c'est un modèle qu'on développe beaucoup, de mettre des GMF avec plusieurs cliniques.

**M. Drainville:** Oui, c'est un modèle qu'on encourage...

**M. Aubin (Donald):** Absolument.

**M. Drainville:** ...parce que ça nous permet, dans les milieux ruraux et semi-ruraux de...

**M. Aubin (Donald):** Puis c'est l'idéal.

**M. Drainville:** ...de créer des nouveaux GMF.

● (15 heures) ●

**M. Aubin (Donald):** C'est l'idéal. Et il va rester maintenant à mettre un troisième GMF, qui devrait

regrouper normalement les autres cliniques qui manquent dans le territoire, donc on se retrouverait, au lieu d'avoir 10 cliniques finalement, en bout de ligne, là, peut-être avec...

**M. Drainville:** Un vrai réseau, là.

**M. Aubin (Donald):** Oui, avec un vrai réseau. Et vous avez un centre de santé et de services sociaux, un hôpital finalement, qui, elle aussi, a ses services, avec ses soins à domicile. Entre les deux, on a besoin d'accessibilité. Parce que ces cliniques-là, ils offrent des services à leur monde. Ils ne sont pas...

**M. Drainville:** Mais il y a du sans rendez-vous pareil dans vos GMF.

**M. Aubin (Donald):** Ils ont... Il y a du sans rendez-vous, mais à un degré beaucoup moindre.

**M. Drainville:** C'est ça.

**M. Aubin (Donald):** On parle en fait, là, d'un 30 %-70 %, alors que, dans la clinique-réseau, c'est l'inverse, c'est 70 %-30 %. Donc, on se retrouve, entre autres, avec les fins de semaine beaucoup plus couvertes, et la clinique-réseau...

**M. Drainville:** Attendez. Les fins de semaine, dites-moi, très spécifiquement, très concrètement, quelles sont les heures?

**M. Aubin (Donald):** De 8 heures à 1 heure.

**M. Drainville:** De 8 heures à... Le samedi et le dimanche?

**M. Aubin (Donald):** Et le dimanche.

**M. Drainville:** Et le jeudi et vendredi soirs?

**M. Aubin (Donald):** Ça va jusqu'à 10 heures.

**M. Drainville:** Les deux soirs?

**M. Aubin (Donald):** Toute la semaine, du lundi au vendredi.

**M. Drainville:** Toute la semaine jusqu'à 10 heures.

**M. Aubin (Donald):** Oui.

**M. Drainville:** Et, les fins de semaine, de 8 heures à 13 heures, disiez-vous.

**M. Aubin (Donald):** De 8 heures à 13 heures, c'est ça. Donc, ça fait 76 heures.

**M. Drainville:** Et, si vous vouliez étendre ces heures-là les fins de semaine, je veux dire... Parce que le bébé, en général il ne tombe pas malade le matin, à 9 heures, il tombe malade le soir ou pendant la nuit.

**M. Aubin (Donald):** Exact. Exact.

**M. Drainville:** Alors, pourquoi est-ce qu'on n'ouvre pas les... Là, vous allez me dire: Ça coûterait plus cher, là. Mais encore?

**M. Aubin (Donald):** Oui. En fait, c'est l'arrimage, c'est là, les notions d'arrimage, là, qui se sont faites. C'est que d'une part la clinique-réseau, et tout le système... la clinique-réseau donc s'adresse à toute la population d'Alma, pas juste à la clientèle GMF; une grosse distinction, hein?

**M. Drainville:** Oui, oui, oui, bien sûr.

**M. Aubin (Donald):** Et, la clinique-réseau, viennent travailler là les gens qui sont de ce GMF là, mais aussi invités... à tous les autres médecins du territoire d'Alma. Les soins à domicile se retrouvent, eux, arrimés non pas au CSSS, mais, à présent, aux cliniques. Alors, les infirmières vont se brancher avec les cliniques, et là des infirmières de liaison, qui sont en clinique-réseau, commencent à faire la liaison entre les soins à domicile et le centre de santé. Ça aussi, ça, c'est nouveau, là, parce que là on commence à avoir un haut niveau d'intégration. Et, en plus de ça, la salle d'urgence n'est pas une salle d'urgence, là, qui voit 200 patients par jour.

**M. Drainville:** La salle d'urgence de la clinique-réseau, là?

**M. Aubin (Donald):** La salle d'urgence du CSSS...

**M. Drainville:** O.K.

**M. Aubin (Donald):** ...qui n'est pas une salle d'urgence qui voit 200 patients par jour, là, qui a un volume d'environ 70 patients par jour, le fait de les dégager le samedi matin et le dimanche matin devrait normalement suffire. Et les cas de ce qu'on appelle les cas de 4 et 5, là, les gens qui disent... bon, mettons, qui arrivent le soir ou qui arrivent pendant la semaine, là, dès... Puis déjà c'est commencé comme ça, lorsqu'on les trie, on leur dit: Regarde, on peut t'envoyer au GMF, puis tu pourras être vu le lundi, puis on va prendre ton rendez-vous tout de suite, puis là... — on est le samedi matin — ou on pourrait te faire voir à la clinique-réseau dès demain matin. Donc, il y a un arrimage entre tous ces services-là qui se créent, et c'est pour ça que le samedi matin devient suffisant, selon les médecins avec lesquels on a transigé à cette clinique-là.

**M. Drainville:** O.K., mais vous faites quoi pour le petit qui est malade le samedi après-midi, ou le samedi soir, ou le dimanche après-midi, dimanche soir? Il faut que le papa ou la maman aille à l'urgence?

**M. Aubin (Donald):** Oui, aille à l'urgence. S'il a une maladie qui nécessite des soins quand même assez importants, à ce moment...

**M. Drainville:** Mais il n'y a pas moyen de... Parce que c'est ça qui manque, à mon avis, dans notre système actuellement, c'est cette capacité d'avoir accès à un médecin à peu près à tout moment de la journée...

**M. Aubin (Donald):** En fait, c'est certain qu'il faut aller vers ça.

**M. Drainville:** ...je ne dis pas sans attente, nécessairement, avec le moins d'attente possible, mais qu'on puisse voir un médecin en dehors de l'hôpital. Parce qu'en dehors de ces heures dont vous me parlez, si j'ai besoin de voir un médecin, il faut que j'aïlle à l'urgence.

**M. Aubin (Donald):** Oui.

**M. Drainville:** Bon. Il n'y a pas... On ne travaille pas dans un... Vous ne visez pas à ouvrir le sans rendez-vous essentiellement...

**M. Aubin (Donald):** On est dans un premier pas actuellement avec cette ouverture-là, et, s'il y a suffisamment de demande, je suis pas mal persuadé qu'on va aller vers ça. Ce qui va se passer à ce moment-là, c'est que le 10 heures, le soir, qui est quand même très tard — nous, on le trouvait très tard — probablement qu'il va peut-être se réduire un peu puis augmenter le samedi. Mais, pour le moment, dans un premier temps, les médecins sur le territoire nous ont dit: Écoute, ça va probablement répondre pour le moment à la demande. On dit: O.K., on va y aller comme ça...

**M. Drainville:** Mais je ne comprends pas la logique, docteur, excusez-moi, là, mais, je vous le répète, là, en toute bonne foi, là, la demande, ce n'est souvent pas pendant ces heures-là, alors je ne comprends pas que les médecins disent que ça répond à la demande, là, le... c'est...

**M. Aubin (Donald):** Du fait que l'urgence n'est pas débordée, du fait que l'urgence...

**M. Drainville:** O.K.!

**M. Aubin (Donald):** ...a de la capacité pour les recevoir. Elle est là, la différence, parce qu'on est...

**M. Drainville:** Et votre attente à l'urgence, et je ne parle pas des attentes sur civière, qui sont dans les chiffres officiels, là, je parle de l'attente pour quelqu'un qui arrive en ambulatoire avec justement un bébé malade ou qui a un...

**M. Aubin (Donald):** Oui. Non, ce n'est pas très long...

**M. Drainville:** C'est quoi?

**M. Aubin (Donald):** ...dans ces milieux-là. Écoutez, je ne peux pas vous répondre pour Alma spécifiquement, là.

**M. Drainville:** Bien, à peu près? On parle de quatre heures? Cinq heures? Six heures?

**M. Aubin (Donald):** ...très difficile à dire, là, mais c'est variable. Mais c'est... ce n'est pas des attentes, dans un milieu comme Alma... qui est très, très long, là.

**M. Drainville:** Là, est-ce que vous prévoyez créer d'autres cliniques-réseaux ailleurs sur votre territoire?

**M. Aubin (Donald):** Les endroits où il peut y en avoir, ce serait Jonquière et Chicoutimi.

**M. Drainville:** Oui, c'est ça. Et?

**M. Aubin (Donald):** Et c'est tout.

**M. Drainville:** Justement, est-ce que vous croyez... Est-ce que vous y pensez?

**M. Aubin (Donald):** Oui, oui, oui.

**M. Drainville:** C'est dans les plans?

**Mme Couture (Martine):** Oui. Donc...

**M. Drainville:** Allez-y.

**Le Président (M. Kelley):** Mme Couture, oui, allez, ça va allumer.

**Mme Couture (Martine):** J'attendais... j'attendais la petite lumière.

**M. Drainville:** Ils sont bons, vous allez voir, vous allez commencer à parler, puis la petite lumière va s'allumer.

**Mme Couture (Martine):** Ah oui? Ah oui? Ah! la lumière s'allume quand on parle.

Donc, la règle des cliniques-réseaux: 50 000 habitants et plus. Les deux autres milieux seulement où on pourrait respecter cette règle-là, c'est le secteur du CSSS de Jonquière, CSSS de Chicoutimi. Donc, les travaux ne sont pas vraiment enclenchés sur une clinique-réseau. Ces milieux-là continuent à travailler aussi à compléter les groupes de médecine de famille. Les projets dont je parlais tout à l'heure, dans l'allocation, il y en a dans chacun de ces milieux-là aussi. Donc... Mais il y en a... Nous, notre... un autre de nos enjeux des cinq prochaines années... Je sais qu'on est sur le rapport des quatre ans qui viennent de passer, mais un autre de nos enjeux pour les cinq prochaines années, c'est justement l'accessibilité... l'organisation des services de première ligne et l'accessibilité aux services de première ligne. Donc, on est en mouvement. Il y en a une, clinique-réseau, présentement. Il y en aura certainement d'autres aussi.

**M. Drainville:** Est-ce que vous croyez... Est-ce que vous entendez utiliser, pour justement les services de première ligne, que ce soit en GMF ou en clinique-réseau, les superinfirmières?

**Mme Couture (Martine):** Les infirmières praticiennes.

**M. Drainville:** Les infirmières de première ligne. Les infirmières praticiennes.

**Mme Couture (Martine):** Praticiennes spécialisées.

**M. Drainville:** Spécialisées de première ligne.

**Mme Couture (Martine):** Ça fait partie aussi de l'ensemble des ressources possibles. C'est... c'est... comment je vous dirais? C'est inévitable, là. Vous me demandez si je prévois, mais c'est vraiment... ça fait partie de l'offre de services. Cependant, dans notre région, il n'y a pas... le

cours d'IPS ne se donne pas sur place. Les gens doivent quitter la région puis aller se faire former ailleurs. Bon. C'est un aspect...

**M. Drainville:** Mais c'est le cas pour plusieurs régions, hein?

**Mme Couture (Martine):** C'est le cas pour plusieurs régions, oui. Actuellement, il y a 115 infirmières IPS à placer un peu partout au Québec. On vise éventuellement à ce qu'il y en ait 500. Et puis, nous, dans notre région, avec l'organisation des services de première ligne dont on veut se doter, c'est évident qu'il y a de la place pour les infirmières praticiennes spécialisées. D'ailleurs, dans... Je m'excuse, je vais compléter juste l'information. Avec cette année qui commence, il y aura deux stagiaires IPS à notre unité de médecine de famille de Chicoutimi.

**M. Drainville:** Ah! En première ligne?

**Mme Couture (Martine):** Oui. Oui, oui, oui.

**M. Drainville:** O.K. Excellent. Dr Aubin, juste un petit retour sur les GMF. Si j'ai bien compris tout à l'heure, ce que vous disiez, c'est: Les heures de sans rendez-vous, dans le cas des GMF, visent d'abord et avant tout les gens qui sont pris en charge par les médecins du GMF. Hein, c'est ça?

**M. Aubin (Donald):** Exact. Exact.

**M. Drainville:** Ça, c'est le plan. Ça, c'est le concept. Mais, dans les faits, ce n'est pas toujours comme ça. Si j'ai besoin d'un médecin puis je ne suis pas inscrit au GMF, si j'arrive en sans rendez-vous, normalement ils vont me prendre.

**M. Aubin (Donald):** Ils vont vous prendre, mais ils ne vous prendront pas nécessairement en charge. Ils peuvent vous donner le service...

**M. Drainville:** Oui, oui, oui. Non, mais ils vont me donner le service?

**M. Aubin (Donald):** Oui.

**M. Drainville:** Oui, O.K. C'est parce que c'est la première fois que j'entendais ça, moi. Puis je ne remets pas en question ce que vous dites, là, mais c'est la première fois que je comprenais que les sans rendez-vous, les heures de sans rendez-vous, dans le cas d'un GMF, ne s'adresseraient pas à l'ensemble de la population, mais d'abord et avant tout aux gens qui sont inscrits dans le GMF...

**M. Aubin (Donald):** C'est ça. Ils vont vous voir, mais...

**M. Drainville:** ... mais qui n'ont pas de rendez-vous...

**M. Aubin (Donald):** C'est ça.

**M. Drainville:** ...qui n'ont pas de rendez-vous avec leur médecin traitant, qui est sur place. O.K.

Les agences privées: main-d'oeuvre indépendante. Dans l'ensemble des heures que vous payez, par exemple, pour les infirmières, elles comptent pour combien d'heures, en pourcentage?

**Mme Couture (Martine):** Dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, on ne fait pas appel à la main-d'oeuvre indépendante.

**M. Drainville:** Pas du tout?

**Mme Couture (Martine):** Il y a eu 14 heures...

**M. Drainville:** Parce que j'ai vu que c'était votre...

**Mme Couture (Martine):** Il y a eu un 14 heures dans l'année qui vient de s'écouler, je pense, là. Non, sérieusement, il y a eu vraiment un travail qui a été fait régionalement. Les directions de ressources humaines, de soins infirmiers se sont rencontrées pour faire un effort maximal d'organisation du travail, d'offres d'horaires intéressants pour les infirmières, pour justement ne pas avoir à utiliser la main-d'oeuvre indépendante. Alors, chez nous, il n'y en a pas.

**M. Drainville:** O.K. Ça fait combien de temps qu'il n'y en a pas?

**Mme Couture (Martine):** Ah! toujours.

**M. Drainville:** Vous n'en avez jamais eu?

**Mme Couture (Martine):** À peu près pas.

**M. Drainville:** Mais vous avez... À un moment donné, visiblement vous avez senti un peu la pression, puisque vous avez senti le besoin de prendre une décision qu'on n'en aurait pas et qu'on allait prendre les moyens pour ne pas en avoir.

**Mme Couture (Martine):** Oui. C'est parce que, sur l'ensemble du Québec, on sait que c'est une préoccupation qui est extrêmement présente. Donc...

**M. Drainville:** Elle est très présente chez nous notamment, chez nous, de ce côté-ci, je veux dire.

● (15 h 10) ●

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui, oui. Et, dans notre région, c'était très peu présent, donc. Cependant, on était beaucoup en lien avec les autres régions du Québec, soit les directeurs de ressources humaines d'agence ou d'établissement, puis il y a vraiment eu, pour nous, une décision formelle, régionale, qui a été prise par rapport à ça.

**M. Drainville:** O.K. Alors, dites-nous, Mme Couture, quelle est la recette, les deux, trois éléments importants, là. Puis, comme il me reste quelques minutes seulement, là, si vous deviez résumer en quelques phrases les conditions — je n'ose pas dire les conditions gagnantes — pour faire en sorte qu'il n'y en ait pas. Et là vous me parlez des infirmières, mais je parle... Moi, je vous parle de la main-d'oeuvre indépendante en général, vous ne faites... vous n'utilisez pas la main-d'oeuvre indépendante, que ce soient les auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, peu importe...

**Mme Couture (Martine):** Non, non, non.

**M. Drainville:** Ça n'existe pas. O.K. Alors, comment vous y arrivez?

**Mme Couture (Martine):** Du côté des infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, notre bassin de main-d'oeuvre est quand même suffisant.

**M. Drainville:** Suffisant.

**Mme Couture (Martine):** Puis on a, comme je le disais tantôt, de la formation qui se donne dans notre région en infirmière auxiliaire puis en infirmière. On a quand même cinq sites de formation. Et je disais aussi: La pénurie ne nous a pas frappés de la même façon qu'ailleurs. Chez nous, il n'y avait pas de poste dépourvu de leur titulaire. Ça a joué. Ce qui a joué beaucoup, c'est le travail de concertation qui s'est fait régionalement sur l'offre... l'organisation du travail puis l'offre d'horaires auprès des infirmières pour faire en sorte que...

**M. Drainville:** Dites-nous ce que ça veut dire, Mme Couture, concrètement. On n'est pas... on n'est pas des experts, là. Des offres d'horaires, ça veut dire quoi?

**Mme Couture (Martine):** Bien, ça veut dire que... Vous savez, un milieu hospitalier, ça roule cinq jours... cinq jours! sept jours par semaines, 24 heures par jour. Donc, les horaires défavorables, dans une semaine, il y en a beaucoup. Des soirs, nuits, fins de semaine, il y en a plus que des horaires de jour. Donc, ce qu'on a voulu faire dans la région, c'est faire une organisation du travail qui permette à tout le monde d'avoir accès à des horaires intéressants, des horaires de jour, par exemple, pour justement faire en sorte que... Ce qu'on entend souvent pour les gens qui font affaire avec de la main-d'oeuvre indépendante, c'est qu'il ne reste que des horaires difficiles, de soir, de nuit, de fin de semaine, pour les gens qui sont à l'emploi même de l'établissement.

**M. Drainville:** Exact.

**Mme Couture (Martine):** Alors que, nous, le travail qui a été fait par les directions de soins, par les directeurs de ressources humaines, ensemble, ça a été de revoir l'organisation du travail pour travailler...

**M. Drainville:** Mme Couture, vous me parlez d'organisation — je m'excuse de vous interrompre — en tout respect...

**Mme Couture (Martine):** Oui. Qu'est-ce que c'est...

**M. Drainville:** ...ça veut dire quoi concrètement? Est-ce que ça veut dire, par exemple...

**Mme Couture (Martine):** Ça veut dire les horaires.

**M. Drainville:** ...les règles d'ancienneté sont souples, par exemple, au lieu d'offrir seulement les belles heures aux infirmières qui ont le plus d'expérience et laisser aux jeunes infirmières les soirs et les fins de semaine,

on s'est entendu, les infirmières se sont assises autour d'une même table et on s'est entendu que, sur un mois, il y aurait une alternance, ça ne serait pas toujours les mêmes qui auraient les quarts de travail plates? C'est-u ça que ça veut dire?

**Mme Couture (Martine):** Oui, bien l'esprit, c'est ça. Dans la réalité, les moyens pour y arriver, ça a été un peu différent, puis la résultante a pu être peut-être moins... moins facile que ce que vous dites, là.

**M. Drainville:** Alors, c'est quoi, les moyens? C'est ça que je veux savoir.

**Mme Couture (Martine):** Mais, les moyens, ça a été... Justement, il y a eu un travail qui a été fait à l'intérieur de chacun des établissements pour revoir les cédules de travail, par exemple. Alors ça, oui, ça s'est fait. Comment on peut faire en sorte qu'on ne pénalise pas nos infirmières avec les horaires de travail? Alors, ce travail-là a été fait dans chacun des milieux. C'est de ça dont on va...

**M. Drainville:** Comment on fait ça tout en respectant les règles d'ancienneté?

**Mme Couture (Martine):** Les gens ont beaucoup d'imagination quand vient le moment de trouver une solution à des problèmes. La solution trouvée, je ne sais pas, moi, à Roberval, au CSSS Domaine-du-Roy, peut être légèrement différente que celle qui a été trouvée au CSSS de Chicoutimi, mais, quand il y a une volonté d'y arriver... Il y a eu des aménagements qui ont été faits, toujours dans le respect des conventions collectives, c'est clair. Personne ne peut se substituer à une convention collective.

**M. Drainville:** Mais est-ce que ça veut dire qu'il y a une attitude d'ouverture, une souplesse qu'on ne retrouve pas ailleurs, qu'on retrouve chez vous?

**Mme Couture (Martine):** Bien, je ne voudrais pas...

**M. Drainville:** Il y a quelque chose...

**Mme Couture (Martine):** Oui. Je ne voudrais pas comparer avec ailleurs...

**M. Drainville:** Il y a quelque chose chez vous. Non, mais...

**Mme Couture (Martine):** Je ne voudrais pas comparer avec ailleurs, ce n'est pas très gentil que de faire ça, mais il reste que, chez nous, je peux vous dire qu'effectivement il y a eu un travail, je remets le mot «travail de groupe», ou «de concertation», ou «d'ouverture», comme vous le dites, il y a vraiment eu cette volonté-là de nos gens en ressources humaines, en soins infirmiers. S'assurer aussi qu'on puisse utiliser la bonne personne au bon endroit. Je parlais tout à l'heure du travail qui a été fait en salle d'urgence. Est-ce que ce doit être uniquement des infirmières qui travaillent en salle d'urgence pour tout faire?

**M. Drainville:** Non. D'accord.

**Mme Couture (Martine):** Alors, c'est ça, l'organisation du travail.

**M. Drainville:** Est-ce qu'il y a...

**Mme Couture (Martine):** Alors, il y a pu avoir des titres d'emploi qui ont été modifiés pour permettre ce genre de choses là. Puis, je vous dis, ça, on est dans le... Il y avait même de nos projets qui ne se qualifiaient pas sur le plan national parce que ce n'étaient pas des projets d'assez grande envergure, suffisamment coûteux, mais qui ont fait que, nous, comme agence, on a subventionné certains milieux, 10 000 \$, 15 000 \$, pour trouver des méthodes... des solutions pour y arriver.

**M. Drainville:** Alors, est-ce que c'est possible pour vous — et on l'a fait avec d'autres agences — de nous faire parvenir un document qui résume un peu les méthodes, les moyens que vous avez pris pour arriver à ça?

**Mme Couture (Martine):** Oui, tout à fait.

**M. Drainville:** On a besoin de connaître comment vous y êtes arrivés, pour justement donner les bonnes idées aux autres. Et c'est en... C'est possible, ça? Vous allez pouvoir le faire?

**Mme Couture (Martine):** Bien sûr, tout à fait, tout à fait.

**M. Drainville:** Comment vous avez réussi, justement, ces aménagements? Des exemples concrets, s'il vous plaît, de comment on réussit justement à aménager des horaires de travail qui font l'affaire pas juste des infirmières plus expérimentées, mais également de toutes les autres, O.K.?

Sur la H1N1, vous êtes très fiers de vos chiffres. Est-ce que vous avez fait une sorte de rapport sur comment vous y êtes arrivés, en particulier avec la vaccination dans les écoles? Parce qu'il y a eu de la vaccination dans les écoles chez vous, n'est-ce pas?

**Mme Couture (Martine):** Oui. Oui.

**M. Drainville:** Et ça a été une des clés de votre réussite, d'après ce que je comprends. Ça n'a pas nui, en tout cas...

**Mme Couture (Martine):** Non.

**M. Drainville:** Ça a aidé?

**Mme Couture (Martine):** Oui.

**M. Drainville:** Est-ce que c'est possible pour vous de...

**Mme Couture (Martine):** Toutes vos réponses sont bonnes. Oui.

**M. Drainville:** Est-ce que c'est possible pour vous de...

**Une voix:** ...

**M. Drainville:** Oui, mais vous voyez que je suis pressé par le temps. Je... Est-ce que ce serait possible pour vous de nous envoyer un bilan justement de votre opération H1N1, afin de... Puis ce n'est pas des documents de 50 pages, hein, qu'on veut, c'est des choses qui synthétisent bien ce qui s'est passé, et en particulier en ce qui a trait à l'utilisation que vous avez faite de la vaccination dans les écoles et d'autres moyens que vous avez pris, là, qui vous ont permis d'atteindre ce taux de vaccination, ce taux de couverture qui, vous l'avez dit, est le plus élevé pour les régions de plus de 100 000 personnes et plus. Vous êtes d'accord avec ça?

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui. Tout à fait d'accord. Cet aspect-là, c'en est un aspect... Mais je n'ai pas le temps de donner d'autres éléments de réponse...

**Le Président (M. Kelley):** Non, non, vous...

**Mme Couture (Martine):** Oui? Je peux y aller, oui?

**Le Président (M. Kelley):** Ah oui.

**Mme Couture (Martine):** Parce que ce que vous dites, c'est vrai en regard des écoles, mais c'est un élément, O.K.? Les autres éléments, ce qu'on a pu identifier... Parce qu'on a fait notre débriefing, donc le document, oui, il sera disponible. Il n'y a pas de problème, on a déjà un premier document qui a été fait.

Ce qu'on a pu remarquer, c'est qu'il y a eu d'abord un engagement très fort de chacun des milieux. On a six territoires, six CSSS, ils étaient responsables localement de l'organisation de la vaccination. Ils ont pris leurs responsabilités, vraiment, puis ils ont fait l'organisation. Alors, chacun des milieux a pu s'organiser en fonction de son milieu.

Et là ça dépend, je regarde le secteur d'Alma, ils sont allés au Centre Mario-Tremblay, site de vaccination de masse. Je regarde un autre secteur, secteur voisin de chez vous, il y a eu un site de vaccination de masse, mais plusieurs petits sites aussi. C'est très variable. Mais chacun... Ce que je veux dire par là, c'est qu'on a eu une responsabilité régionale de coordination, on l'a prise. Nous avons coordonné, nous avons fait des rencontres plus des conférences téléphoniques régulièrement. Donc, la coordination régionale, on l'a vraiment prise. Chacun des milieux avait la responsabilité, chacun des milieux a pris ses responsabilités et s'est organisé. Ensuite...

**M. Drainville:** Sur l'ensemble des enfants vaccinés...

**Mme Couture (Martine):** Oui, excusez.

**M. Drainville:** ...des écoliers vaccinés, il y en a combien qui ont été vaccinés à l'école puis combien ont été vaccinés dans des centres de vaccination?

**Mme Couture (Martine):** Ça dépend des secteurs. Secteur Chicoutimi a été un secteur surtout à vaccination de masse, les autobus sont venus à Chicoutimi. La Baie, ça été dans les... C'est embêtant...

**M. Drainville:** Dans le document que vous allez nous envoyer, vous pouvez nous donner ça?

**Mme Couture (Martine):** Oui, on a tout ça, oui.

**M. Drainville:** Super!

**Mme Couture (Martine):** Je pourrais le faire comme ça de mémoire, là, je pourrais le calculer, mais...

**M. Drainville:** Non, non.

**Mme Couture (Martine):** ...je n'ai pas de... C'est ça. O.K.

**M. Drainville:** Mais, dans certains cas, c'était très élevé.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Oui, oui. Mais, nous autres, on a eu un taux de vaccination de toutes nos clientèles à 85 %, là. Ça a été... Les écoles, ça a bien été aussi, mais, chez le personnel du réseau, on a voisiné les 90 %, dans le personnel du réseau. La région, aussi, a une habitude de vaccination. Notre vaccination d'enfants, de bébés, c'est un taux de vaccination en haut de 90 %. On a une habitude de vaccination.

Mais, moi, je pense que la coordination régionale, alliée au lien local... On a été très présents médiatiquement aussi, oui. Voilà.

**M. Drainville:** Merci.

**Mme Couture (Martine):** Ça me fait plaisir.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Lévis.

**M. Lehouillier:** Oui. D'abord, je voudrais vous remercier d'être présents ici aujourd'hui. C'est fort intéressant comme présentation, et je vous félicite sur la qualité de ce que vous nous présentez aujourd'hui, c'est vraiment intéressant.

Juste pour reprendre avec le député de Marie-Victorin, ce qui fait que ça va bien au niveau des infirmières au Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est simple, la réponse est dans un article de *La Frontière*: «Nos infirmières aiment leur région.» Donc ça, c'est un aspect important. Et j'ai eu l'occasion, j'ai eu l'occasion, à maintes reprises, de visiter le Saguenay—Lac-Saint-Jean...

**M. Drainville:** On l'aime beaucoup chez nous aussi...

**M. Lehouillier:** Oui, je sais, mais...

**M. Drainville:** ...mais on a recours aux agences privées.

**M. Lehouillier:** ...particulièrement le Saguenay—Lac-Saint-Jean et... Tout à fait. Et effectivement il faut dire qu'au Saguenay—Lac-Saint-Jean, j'ai pu le constater, depuis plusieurs... depuis quelques années, depuis une dizaine d'années, il y a beaucoup d'efforts dans les milieux de vie pour améliorer justement la qualité de vie. Alors, j'ai eu l'occasion, en prévention pour ma santé, de faire le tour du lac Saint-Jean en vélo. Je l'ai fait même en une journée, c'est mon record. Donc... Et c'est quelque chose

d'extraordinaire, au niveau de la santé des gens, et ça, je pense qu'il faut poursuivre la prévention.

● (15 h 20) ●

Et ma première question est justement... touche un peu la prévention par rapport à ça. C'est que je regardais, à un moment donné, au niveau des statistiques, on a... J'ai posé la même question ce matin pour la région de Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, parce qu'une des problématiques des régions... Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, c'est encore plus prononcé. Chez vous, on voit aussi qu'il y a une problématique là. Donc, on dit qu'actuellement il y a 61 000 jeunes en région, mais que ça pourrait descendre à 46 000. Et là, en plus, on lit, dans un article que j'ai vu tout à l'heure, qu'il y avait une augmentation d'à peu près 13 % des cas problèmes reliés aux jeunes au niveau des... ce que le centre jeunesse faisait... faisait ressortir dans un article récemment.

Donc, ma question est la suivante: Est-ce qu'il y a une concertation entre l'ensemble... Parce que les jeunes, c'est la richesse première, et, comme j'ai constaté, dans cet article-là que j'ai lu tout à l'heure, qu'il y avait une augmentation du nombre de jeunes qui vivent certaines difficultés, alors ma question est de savoir: Est-ce qu'il se fait du travail en concertation dans le milieu pour essayer finalement de faire en sorte que les jeunes qui sont dans votre région non seulement restent dans la région, mais en même temps qu'ils puissent participer en plus grand nombre possible... étant donné la rareté, on le sait, de la main-d'oeuvre active qui s'en vient dans quelques années, donc qu'on intègre presque sans exception ces jeunes-là à la participation du développement de notre société?

Et là ce que je lisais dans un article, c'est que finalement, au niveau des jeunes, il y a comme une problématique de ce côté-là. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus, particulièrement pour l'avenir, et j'aimerais ça voir... Parce que, ce matin, en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, je n'ai pas senti qu'il y avait un plan d'action concerté, peut-être qu'on n'a pas pu me donner la réponse complètement, mais je n'ai pas senti ça. Est-ce que ça existe chez vous?

**Mme Couture (Martine):** Donc... C'est-à-dire, le plan d'action, oui — mais je vais aller plus loin que ça dans ma réponse — dans le sens où la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, l'agence, depuis plusieurs années, a fait vraiment le choix de travailler avec un modèle de coopération. Donc, l'agence, c'est l'agence avec ses responsabilités qui sont inhérentes à une agence. Bon, deuxième palier de gouverne, l'attribution des budgets, l'organisation des services, ça, c'est une chose. Mais on a aussi fait le choix de travailler selon un modèle de coopération à l'intérieur même du réseau ou à l'extérieur du réseau.

Donc, la question, la vôtre, elle se prête surtout à ce que nous faisons avec l'extérieur de notre réseau. Donc, on participe beaucoup aux activités de la commission administrative régionale sur différents dossiers. On est signataires de plusieurs... La région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans le cadre de son travail avec la conférence régionale des élus, travaille beaucoup à partir d'ententes spécifiques avec le gouvernement. Donc, le réseau de la santé est signataire de plusieurs de ces ententes spécifiques là, celle sur la prévention de l'abandon scolaire, celle sur l'immigration, celle sur — et là j'arrive à la vôtre — le bilan migratoire de notre région. Il y a une entente spécifique sur cinq ans... sur quatre ans pour faire en sorte que le

bilan migratoire de notre région redevienne positif et non pas négatif comme il l'est présentement. On est donc signataires de cette entente spécifique là.

Et on participe aux activités, et eux le font pour nous aussi, de la stratégie qui s'appelle MigrAction. Et MigrAction veut faire en sorte que les jeunes Saguenéens et Jeannois qui sont à l'extérieur reviennent dans la région, et même attirer d'autres jeunes. Et, nous, comme agence et comme réseau, on est signataires de cette entente-là, ce qui fait que MigrAction, par exemple, travaille avec nous quand il y a des salons de recrutement à l'extérieur. On participe au salon d'Ottawa à chaque année, bien MigrAction est avec nous aussi. Donc, le réseau est partenaire de son milieu, finalement, pour arriver à une stratégie migratoire positive... bien, pas une stratégie, je veux dire, un bilan migratoire qui soit positif.

Chez les jeunes comme tels aussi, vous avez un peu soulevé l'augmentation des difficultés psychosociales chez les jeunes. Ça se traduit, entre autres, par une hausse des signalements à la protection de la jeunesse. Depuis plusieurs années, malheureusement, les signalements à la protection de la jeunesse sont en hausse. Mais, encore là, aussi... Bien, évidemment, le réseau offre... Nous avons financé une recherche pour essayer de connaître les causes de cette hausse de signalements là malgré notre baisse démographique chez les jeunes. Bon. Les causes, on a un petit peu de difficultés encore, les chercheurs ne sont pas encore arrivés à identifier précisément. On peut parler des problèmes de perte d'emploi liée à la crise forestière, la crise économique globale dans laquelle on est, mais, chez nous, ça se traduit par une crise forestière, la crise du bois. Ça peut être ça. Ça peut être aussi parce que nos services sont plus connus. Ça peut être aussi parce que les familles sont fragilisées, donc ça augmente le taux de difficulté des familles. Mais ce travail-là, bien il se fait aussi.

Et, comme plan, justement, global, c'est vraiment... Le réseau de la santé s'est placé pour travailler en coopération avec l'ensemble du milieu régional. On participe... À peu près chacun d'entre nous à notre table, on est membre d'un ou l'autre des comités en lien avec nos... en ressources humaines, pour la réorganisation du travail, les salons de l'emploi, c'est une chose, on y va.

Ensuite, on a aussi une chaire de recherche régionale. Je vous parlais tout à l'heure de la mission universitaire du CSSS de Chicoutimi, il y a donc une chaire de recherche aussi sur les jeunes, et celle-là, c'est en lien avec le... anciennement le CREPAS et l'Université du Québec à Chicoutimi. Dans plusieurs de nos milieux, aussi on a ce qu'on appelle les réseaux jeunesse qui ont été créés, un guichet d'accès unique pour les jeunes, plutôt que de passer son histoire à plusieurs personnes différentes. Donc, le territoire d'Alma en a un, réseau jeunesse, et d'autres territoires les ont créés aussi. Je pense... Ça répond à votre question?

**M. Lehouillier:** Bien, ça répond à ma question évidemment partiellement, parce que je m'aperçois, au fur et à mesure que... Parce que j'ai le même questionnement au niveau de mon territoire, dans Chaudière-Appalaches, et je me rends compte qu'on a encore un peu d'efforts à faire — en tout cas quant à moi, là, la perception que j'en ai — au niveau des actions concertées, parce que les jeunes, c'est l'avenir de nos régions. Donc, il y a beaucoup d'efforts à faire là.

Et je me rends compte qu'au niveau de la prévention on a peut-être un peu de chemin à faire. Parce que, moi, les centres jeunesse, ce qu'ils nous disent souvent... Ils nous lancent un S.O.S. en disant: Attention, décrochage scolaire, dans 10, 15 ans, là, c'est... ils vont être rendus chez nous après, etc., alors pouvons-nous les capter avant et les ramener? C'est aussi simple que ça. En tout cas, moi, c'est dans ce sens-là que je posais cette question-là.

**Mme Couture (Martine):** O.K. Mais, comme actions concertées dans notre région, en termes... Je parlais du Centre régional de prévention de l'abandon scolaire, le CREPAS, la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean a été une des régions où il y avait le plus haut taux d'abandon scolaire il y a quelques années, puis on est rendu maintenant avec celui qui a le plus haut taux de diplomation au Québec. Les actions concertées du CREPAS, nous sommes signataires de l'entente, d'autres le sont. Et puis la région a augmenté son taux de diplomation, et ce, aux trois niveaux: secondaire, collégial, universitaire; la région figure parmi les meilleures au Québec. Et le groupe du CREPAS a même été invité par le ministère de l'Éducation, avec les consultations récentes, pour expliquer un peu comment le Saguenay—Lac-Saint-Jean s'y était pris pour renverser la vapeur. Alors, il y a vraiment beaucoup d'actions concrètes qui sont faites aussi.

**M. Lehouillier:** Bien, merci. Alors, moi, j'avais une autre question peut-être, sur la grippe A(H1N1). Parce que, nous aussi, on a eu une opération, dans Chaudière-Appalaches, qui a été une très grande réussite, comme dans plusieurs régions d'ailleurs, en passant. Mais je vous écoutais tout à l'heure, puis j'aimerais ça vous entendre un peu plus là-dessus. C'est que vous avez quand même dit que, vous autres, au niveau de l'agence — c'est un peu ce qui s'est passé en Chaudière-Appalaches — vous étiez là pour faire la coordination, mais finalement ça permettait une adaptation des interventions en fonction du bon sens, d'abord, hein, et voir quelles sont les meilleures interventions à faire. Alors, croyez-vous vraiment qu'une approche de vaccination massive comme ça aurait pu être possible avec une approche centralisée et normée partout à la grandeur du Québec?

**Mme Couture (Martine):** Je serais bien en... Je ne suis pas devin; ce que je sais, c'est que l'approche qui était préconisée, avec une coordination nationale, des responsabilités régionales puis vraiment une intervention locale, chez nous, elle a bien marché. Est-ce que ça aurait marché quand même juste avec une approche très, très, très centralisée? Parce qu'il y avait quand même un certain nombre de canaux ultracentralisés aussi, où finalement nous étions, dans le fond, des... un... Pour certains aspects, on était un canal de transmission, ce qui était correct aussi. Alors, je ne serais pas en mesure de vous dire si les choses auraient été différentes. Ce qu'on sait, c'est que cette approche-là qu'on a eue cette année... je veux dire, à l'automne, nous, ça a bien marché chez nous, on a un certain nombre d'éléments qui font que ça a bien marché. Je serais... Je suis bien embêtée de vous répondre à ça, je ne sais pas.

**M. Lehouillier:** J'ai remarqué une autre chose dans le... dans ma région, en tout cas, sur cette grippe-là, c'est que, contrairement à ce qu'on aurait pu avoir comme

image... Alors, nous, il y a des centaines de bénévoles qui ont participé à la campagne de vaccination. Et comment avez-vous réussi à mobiliser ces gens-là? J'imagine, c'est la même chose dans votre région.

**Mme Couture (Martine):** Oui.

**M. Lehouillier:** Alors, moi, je voyais chez moi, dans mes centres de vaccination, des gens avec le mot «bénévole» et qui nous accueillait, et il y en a eu une centaine au moins juste dans la région de Lévis, j'étais impressionné, parce que les gens pourraient dire: Bien, c'est l'État qui s'en occupe, nous, on n'intervient pas comme bénévoles.

● (15 h 30) ●

**Mme Couture (Martine):** Ça, monsieur, les... D'abord, c'est... Je dois, là, rendre hommage vraiment à ce qui a été fait dans chacun des CSSS. Les bénévoles, ils ont été recrutés par chacun des CSSS. Nous avons fait le tour de chacun des sites de vaccination de notre région, dans chacun des sites, il y avait effectivement beaucoup de bénévoles. Il y avait aussi des infirmières retraitées qui sont revenues travailler. Il y avait aussi d'autres personnels du réseau retraités, en secrétariat, qui sont venus travailler. Et tous ces gens-là ont été recrutés par leur milieu. Les CSSS les ont recrutés...

**M. Lehouillier:** Tout à fait.

**Mme Couture (Martine):** ...pour qu'ils soient avec eux. Puis c'est vrai, vous avez raison, c'était... Puis, chacun des sites, on aurait même pu donner un qualificatif à chacun des sites, selon le milieu où la vaccination se faisait. Certains avaient des très grands espaces, d'autres, des plus petits espaces, mais il y avait partout, partout la même énergie, puis la même fierté, puis la même rigueur aussi pour l'intervention comme telle.

**M. Lehouillier:** Donc, la mobilisation aux niveaux local et régional a été un facteur déterminant dans le...

**Mme Couture (Martine):** C'est clair.

**M. Lehouillier:** ...dans la campagne.

**Mme Couture (Martine):** C'est clair, clair.

**M. Lehouillier:** J'aurais une autre question. C'est parce que ça m'a... ça m'a touché un petit peu ici, parce que vous avez mis... vous avez donné quatre lignes dans votre intervention, là. Vous dites que vous avez dévoilé, en mars 2009, le bilan de l'état de santé des hommes au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Pouvez-vous nous dresser un petit portrait de ça?

**Mme Couture (Martine):** O.K. Écoutez, l'état de santé... Oui, c'est donc un bilan qu'on a dévoilé publiquement ça va faire pas loin d'un an, c'est mars passé. C'est selon... Il y avait une table de travail nationale sur l'état de santé des hommes qui a amorcé ses travaux, et puis, nous, bon, évidemment, on est entrés aussi dans cette obligation-là d'avoir une offre de services spécifiques, oui, pour les hommes, selon leurs particularités, leurs besoins. Alors,

ce qui a été fait, c'est vraiment une enquête. On a commencé par ça, l'enquête sur l'état de santé des hommes, les problématiques psychosociales, de travail, d'emploi, d'état de santé, mon Dieu! le niveau de scolarisation, etc. Toutes ces données-là, on a maintenant un portrait, O.K.? Le portrait n'est pas encore totalement analysé, il faut vraiment que les gens de la Direction de santé publique puis la Direction des services sociaux s'y attardent pour voir si on est en mesure de faire une offre de services diversifiés pour les hommes en fonction des caractéristiques qui se retrouvent dans cette enquête-là. Mais, par contre, il y a une table régionale qui a été formée, donc on est... On est sur la bonne voie, là, donc, par rapport à ça.

**M. Lehouillier:** O.K. Dernière question, peut-être, en déficience physique. Je viens sur le sujet de la déficience physique: soins à domicile, services spécialisés; déficience intellectuelle; troubles envahissants du développement. Vous indiquez dans vos rapports que vos résultats sont excellents et que vos cibles sont souvent atteintes et même dépassées. Et ça, évidemment, au niveau de... parce qu'il y a un plan, aussi, d'action au niveau gouvernemental là-dessus qui est très important. Alors, est-ce que vous pourriez nous dire qu'est-ce qui fait que ça fonctionne bien? Parce que ça, ça a un effet direct sur le désengorgement des urgences. Donc, qu'est-ce qui fait que ça fonctionne bien chez vous? Parce que vous semblez même dépasser vos objectifs dans ce cadre-là.

**Mme Couture (Martine):** Écoutez, le plan d'accès, dans le fond, DI-DP-TED, c'est... Le plan d'accès, il a été adopté nationalement en juin 2008, et puis il fallait que, régionalement, on se l'approprie puis qu'on fasse les actions en fonction du plan d'accès DI-DP... déficience intellectuelle, déficience physique, troubles envahissants du développement. Alors, on a procédé à peu près, dans ce dossier-là, de la même manière que ce qu'on procède dans nos autres dossiers. Il y a vraiment eu un travail... on n'est pas... ce n'est pas l'agence qui offre les services, il faut vraiment que ce soit fait avec les établissements. Quels sont les établissements régionaux qui sont concernés? Beaucoup. Évidemment, les centres de réadaptation, déficience physique, déficience intellectuelle. Chacun des CSSS est concerné également. Alors, on a mis tout le monde au travail, constitué des tables de travail pour rencontrer les objectifs qui étaient dans le plan d'accès, puis ça, c'est devenu des objectifs introduits dans les ententes de gestion..

Alors, il fallait y travailler en fonction de l'atteinte des objectifs et puis des investissements. Il y a eu des investissements en déficience intellectuelle, en déficience physique. On a fait la répartition en fonction des grands objectifs du plan d'accès. Alors, c'est notre façon d'y arriver, puis tout le monde a vraiment mis l'épaulé à la roue. On a fait du recyclage budgétaire aussi, O.K.? parce qu'il faut travailler avec l'argent qu'on a puis avec les investissements aussi.

**M. Lehouillier:** Un petit... un dernier petit point. Sur les infections nosocomiales, je pense que, dans les rapports qu'on a eus, vous avez connu certaines difficultés, je pense, de ce côté-là, ou si c'est plus qu'est-ce qui a été rapporté dans les médias? Est-ce qu'il y avait certaines difficultés de ce côté-là pour les infections contractées en établissement de soins? Et puis, est-ce que c'est pas mal sous contrôle ou...

**Mme Couture (Martine):** Oui. Alors, deux choses dans la question que vous posez. Il y a la question des résultats en termes de nombre d'infections contractées en milieu de soins et l'autre chose, c'est le nombre d'effectifs, de personnel, d'heures affecté à la lutte aux infections nosocomiales.

Alors, nous sommes parmi les meilleurs au Québec sur le nombre d'infections. On est environ à 2,8 par 100 000, et puis la moyenne provinciale se situe... là, il faudrait que je fouille dans nos papiers, mais c'est autour de 7 à 8. Alors, on est trois fois inférieur à la moyenne provinciale en termes de nombre d'infections nosocomiales.

Ce que vous avez vu par contre dans les rapports, parce que, vous avez raison, vous avez vu quelque chose dans les rapports, c'est notre nombre d'heures affecté à la prévention des infections, en termes d'effectif. Et ce qui n'est pas comblé encore, c'est la proportion d'heures pour combler les absences, par exemple. On peut avoir, par exemple, 2,2 infirmières, mais, pour combler l'ensemble des heures qu'on devrait affecter, il nous faudrait 2,4 infirmières. Bon, bien, on a nos 2,2 infirmières qui font l'ensemble du travail, c'est les remplacements qui ne sont pas rencontrés. Ce que je veux dire par là, c'est que dans le fond l'indicateur traduit mal ce qu'on fait vraiment dans les établissements, parce qu'en termes de résultats on est parmi les meilleurs, puis en termes de nombre de ressources présentes aussi, le nombre de personnes. Mais c'est le nombre d'heures qu'il nous manque un petit peu, qu'on va corriger aussi, de toute façon.

**M. Lehouillier:** Merci beaucoup. Moi, ça répond à mes questions.

**Mme Couture (Martine):** Ça va?

**Le Président (M. Kelley):** Avant de céder la parole à...

**Mme Couture (Martine):** ...tu sais, dans le fond, sur le calcul, le nombre d'heures, ce n'est pas beaucoup en termes même de masse monétaire et autres, là. Il manque un équivalent temps complet pour la région, ça veut dire 60 000 \$, ce n'est pas...

**Mme Doyer:** Ça veut dire que ça ne prend pas grand-chose.

**Mme Couture (Martine):** C'est ça.

**Le Président (M. Kelley):** Juste une dernière question avant d'aller à ma gauche, une question que j'ai posée ce matin aussi à l'autre agence. La commission a entendu la Régie des rentes du Québec l'autisme passé, et une de leurs préoccupations, c'est: il faut convaincre les Québécois de travailler jusqu'à 65 ans. Et vous avez le nombre de personnes dans votre région qui prennent leur retraite, soit les infirmières, les autres professions, soit les cadres aussi. Le taux de retraite de l'agence de Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, on parlait d'un cadre sur deux, je pense, qui envisage prendre leur retraite d'ici trois ans. Est-ce qu'il y a des mesures qu'on peut envisager, ou dans l'organisation du travail, pour convaincre les personnes de travailler un petit peu plus longtemps dans leur carrière, pour aider au niveau de rétention de la main-d'oeuvre,

surtout dans les endroits ciblés où ça va être difficile? On anticipe des pénuries, même, dans certains domaines.

**Mme Couture (Martine):** Je serais portée à faire une blague avec vous par rapport à ça, c'est de regarder, là, entre nous qui en a encore pour 10 ans, là, tu sais. Mais disons que...

**Mme Doyer:** Il y a ce jeune homme là.

**Une voix:** ...

**Mme Doyer:** On va parier sur le deuxième.

**Mme Couture (Martine):** C'est l'avenir, l'avenir est là, la relève.

**Le Président (M. Kelley):** Suspect n° 1: M. Saint-Gelais.

**Une voix:** On verra dans trois ans.

**Mme Couture (Martine):** Oui, dans trois ans. O.K. Non, blague à part, c'est sûr qu'on est très conscients, puis on en parle souvent entre nous dans nos tables, veux veux pas, il faut commencer à y penser. Parmi les premières mesures qu'il faudrait voir, selon les types d'emploi, c'est toute la question du travail lui-même. On peut parler de comment le travail est organisé, quelle est la charge de travail qui est demandée aux gens: Est-ce qu'on peut, à 65 ans, avoir un même rythme qu'on avait quand on avait 25 ans? Bon, poser la question, c'est un peu y répondre aussi. Alors, dans la mesure où on est capables de revoir comment le travail est organisé, c'est... Bon, puis ensuite toute la question de la rémunération, c'est la même chose, c'est des facteurs qui rentrent en ligne de compte, c'est certain. Puis, il n'en demeure pas moins que le réseau de la santé, peu importe l'endroit où on est dans le réseau de la santé, qu'on soit sur le terrain comme tel ou dans des postes plus administratifs, la charge demeure toujours lourde. On la voit plus, c'est très visible quand on est sur le terrain. Vous allez dans une salle d'urgence, vous voyez, mais, quand on demande le travail aux cadres, par exemple, dans un établissement de santé, la charge est lourde aussi, très lourde. Bon, etc. Donc, l'aménagement, quelque part, du temps de travail, l'aménagement des fonctions, le climat: Dans quel climat est-ce que le travail s'effectue? C'est des facteurs, je pense, qui doivent être pris en considération pour faire en sorte que ce soit attrayant de demeurer.

● (15 h 40) ●

**Le Président (M. Kelley):** C'est parce que, comme j'ai dit, c'était quelque chose... Le message clair de la Régie des rentes envers les parlementaires, que vraiment il faut trouver les moyens, soit via le temps-partiel, les aménagements avec les régimes de retraite aussi, d'avoir une certaine flexibilité. Il y a beaucoup de conséquences. Mais je regarde à travers le Québec, juste les infirmières, par exemple, et, moi, je comprends, à 60 ans, peut-être c'est moins intéressant de travailler cinq jours par semaine, faire les fins de semaine, les relèves moins intéressantes que vous avez décrites. Mais par contre, si on peut les convaincre de travailler un petit peu ou s'il y a quelque chose qu'on peut faire pour le rendre... de continuer un petit peu plus longtemps peut nous aider parce que... Ce matin,

c'était, je pense, 30 % des effectifs anticipent prendre leur retraite d'ici 2013. C'est un chiffre qu'on voit dans d'autres régions aussi. Ça, c'est énorme, et, si on peut l'atténuer un petit peu, ça peut être... aider un petit peu de combler les pénuries.

**Mme Couture (Martine):** Puis, veux veux pas, toute la... Bon, là, on a parlé de la tâche comme telle, du climat, mais, encore là, ça va prendre une action concertée...

**Le Président (M. Kelley):** Oui.

**Mme Couture (Martine):** ...l'employeur, le syndicat, les instances nationales. L'action concertée va être obligatoire dans ça.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Lac-Saint-Jean.

**M. Cloutier:** Merci. Merci, M. le Président. Je suis très heureux de vous retrouver ici aujourd'hui. J'ai eu la chance de travailler avec quelques-uns d'entre vous durant... depuis que je suis élu, en fait depuis les trois dernières années, puis j'ai toujours eu une excellente collaboration. J'ai eu la chance de vous le dire personnellement, Mme Couture, et j'en profite, de cette audience publique, pour souligner votre très bon travail, là. Partout où on passe, on a toujours d'excellents commentaires sur vous, mais aussi une excellente collaboration, de façon générale, de l'agence avec les bureaux de députés. M. Saint-Gelais est souvent, souvent appelé par nos attachés politiques, puis je sais qu'on a d'excellents commentaires aussi, puis M. Aubin aussi, avec qui on a eu la chance de travailler. Bref, merci pour votre excellente collaboration.

J'ai cru remarquer aussi la délicatesse des gens de chez nous: la façon dont vous avez conclu vos remarques aujourd'hui en prenant soin de souligner le travail exceptionnel des gens du réseau de la santé sur le territoire du Saguenay—Lac-Saint-Jean, et vous aviez... et vous avez raison de le faire. On a vu ce dévouement-là par, entre autres, l'opération de la vaccination du A (H1N1). Il y a eu beaucoup de questions sur pourquoi le Saguenay—Lac-Saint-Jean avait fait mieux qu'ailleurs, puis, si j'avais un élément de réponse, parce que je pense que c'est plusieurs facteurs, mais certainement la solidarité des gens du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Je pense que les organismes communautaires, les bénévoles de même que ceux qui travaillent pour les services de santé ont tous joué un rôle important. Mais on a l'habitude chez nous de travailler en collaboration, puis je pense que ça a paru, puis c'est un exemple... c'est un bel exemple de réussite.

Puis je souligne aussi le fait que vous avez pris la peine de mettre, d'identifier les bons coups que vous avez faits, dans votre présentation, puis je pense que c'est important de le faire. Par contre, nous, notre rôle, c'est plus de mettre le doigt sur les choses qui sont à améliorer. Par contre, avant de le faire, je voulais souligner les bons coups que vous avez faits, dont le A (H1N1), mais aussi la collaboration qu'on a eue pour le service ambulancier sur le territoire. S'il y a quelque chose qui s'est amélioré chez nous, c'est bien ça. En campagne électorale, d'ailleurs, on avait une très bonne collaboration du ministre Bolduc, qui avait dit qu'il voulait régler, puis c'est quelque chose qui s'est fait. Alors, bref, c'est un des points positifs.

**Le Président (M. Kelley):** ...il faut utiliser le titre...

**M. Cloutier:** Oui, mais je suis sûr que...

**Le Président (M. Kelley):** ...de l'individu et pas son nom de famille, parce que...

**Une voix:** Le ministre de la Santé.

**Le Président (M. Kelley):** On n'a pas de nom de famille ici.

**M. Cloutier:** Je suis sûr que le ministre... Mais je serais très surpris qu'il m'en tienne rigueur pour cette remarque bien précise.

Alors, toutefois, ce qui saute aux yeux pour moi, là, puis ça a déjà été soulevé, là, mais la phrase qui dit: La région détient le plus haut taux de signalement à la DPJ. Ça, ça m'inquiète. Un des éléments... Peut-être qu'en raison de la problématique que vivent les autochtones sur notre territoire, parce qu'on a... évidemment, dans Mashteuiahtsh... Je me suis demandé si ça pouvait faire en sorte que ça contribue, parce qu'on sait, malheureusement, qu'ils vivent des problématiques encore plus... une situation encore plus particulière sur leur territoire, mais je n'ai pas besoin... vous connaissez la situation là-bas. Mais est-ce que c'est... ça pourrait expliquer, entre autres, le fait que notre région a un taux... Quoique, évidemment, il y a d'autres réserves, puis on a des problèmes particuliers, là, comme la crise forestière. Mais quels sont les facteurs, là, qui nous placent...

**Mme Couture (Martine):** La question de la hausse du taux de signalement... ça fait quand même depuis déjà quatre ans que les taux de signalement ont augmenté régulièrement dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Dans la dernière période, on sentait non pas une baisse, mais, disons, un ralentissement de la hausse. Mais il n'en demeure pas moins que ça fait pas loin de quatre ans que les taux de signalement augmentent.

Deuxièmement, la question de la communauté montagnaise n'entre pas nécessairement en ligne de compte, parce que c'est un travail qui... Je veux dire, la communauté est à contrat, en fait, avec le Centre jeunesse du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Alors, on n'est pas nécessairement en influence, comme tel, dans nos statistiques par rapport à ça.

**M. Cloutier:** Est-ce que je comprends donc que les Innus ne sont pas comptabilisés dans...

**Mme Couture (Martine):** Bien, la... comment je dirais ça donc, la comptabilité, elle est faite, mais elle n'est pas incluse dans la hausse qui est là.

**M. Cloutier:** O.K.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Mais le travail du Centre jeunesse du Saguenay—Lac-Saint-Jean se fait, pour la communauté montagnaise, avec des contrats. C'est bien ça, là?

**Une voix:** Oui.

**M. Cloutier:** Puis j'ai vu des tableaux concernant le financement pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, on a moins que la moyenne québécoise.

**Mme Couture (Martine):** Oui, c'est-à-dire la... pour le financement, je vais revenir sur le financement. Je vais faire la logique des hausses de taux de signalement puis je vais vous parler de financement.

**M. Cloutier:** O.K. Très bien.

**Mme Couture (Martine):** Est-ce que ça vous convient?

**M. Cloutier:** Oui, super. Oui.

**Mme Couture (Martine):** O.K. D'abord, on a observé ce fait-là. C'est un fait, ça augmente. Deuxièmement, on a confié à des chercheurs le fait d'examiner pourquoi... d'essayer de trouver pourquoi il y avait une hausse des signalements comme ceux-là. Finalement, on n'a pas encore eu le résultat final de la recherche, la chercheuse a quitté, elle va revenir. Bon. Donc, on a eu des problèmes par rapport à ça. Je n'ai pas le résultat comme tel de ces hypothèses de recherche. Elle examinait du côté justement de la crise de l'emploi, qui pouvait peut-être avoir un certain impact. Elle examinait aussi du côté de la connaissance des gens de la protection de la jeunesse. Plus le secteur est connu, plus on va avoir de références. Plus la protection de la jeunesse est connue, plus il y aurait de références. C'était les deux hypothèses qu'elle avait. Mais par contre je n'ai pas de... on n'a pas le résultat final de cette recherche-là.

En même temps que ça, ce qu'on a fait aussi, c'est que... On s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup... le centre jeunesse et nous, mais surtout le centre jeunesse qui y a travaillé, avec les CSSS, on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup de signalements et beaucoup de signalements non retenus. Quelqu'un peut signaler un enfant, l'enfant et... la prise en note de la demande, elle est... elle est prise, mais on se rend compte que cet enfant-là n'est pas... son besoin de protection ou son besoin, bon, d'intervention n'est pas suffisamment élevé pour être sous la responsabilité du centre jeunesse. Ils s'en vont où, ces enfants-là? Antérieurement, il ne se passait rien pour ces enfants-là. Ce qu'on a fait, maintenant, c'est un mécanisme de transfert des signalements vers les centres de santé et de services sociaux pour que les équipes psychosociales prennent en charge ces enfants-là et leurs familles. Donc, on a un mécanisme de transfert des signalements qui a été fait. C'est donc... c'est quand même assez intéressant... sur le volontariat des familles évidemment, mais, quand les familles sont volontaires, on transfère leur dossier, entre guillemets, au centre jeunesse du territoire pour qu'il y ait une prise en charge.

Ensuite, sur le plan financier — là, j'arrive au plan financier — la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean... je veux dire, le programme jeunesse par rapport à l'ensemble des programmes: perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience, tous les autres... santé, dépendances, et autres, tous les programmes... Le programme jeunesse en difficulté ou Jeunes en difficulté était considéré comme n'étant pas suffisamment financé par rapport aux autres programmes. On appelait ça «en pauvreté relative». Alors, nous, comme agence, on a pris la décision d'investir plus proportionnellement dans le programme jeunesse que dans d'autres programmes pour permettre au programme jeunesse de se hausser sur le plan des finances puis d'augmenter le nombre d'intervenants pour la prise en charge des enfants qui avaient besoin, eux, de la protection du centre jeunesse.

Donc, on a fait deux choses: le centre jeunesse et les CSSS ont fait le mécanisme de transfert des situations non retenues, et nous avons investi pour que le centre jeunesse soit plus en mesure de prendre charge des cas.

**M. Cloutier:** Dans le tableau que j'ai, de 2007-2008, je vois que le Saguenay—Lac-Saint-Jean a un financement par jeune inférieur à la moyenne québécoise. C'est bien ça?

**Mme Couture (Martine):** Oui, bien c'est... oui, étant donné que, pour notre propre région, le financement des jeunes était en pauvreté relative.

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être une précision, c'est M. Simard?

**M. Simard (Gilles):** Pour précision, c'est qu'effectivement, historiquement, plus de cinq ans, on est à peu près à 4 millions en deçà de la moyenne provinciale, autour de 1,6 million dans la dernière année, 2007-2008, et les chiffres qui s'en viennent, on sera à peu près à 1,6 million au-dessus de la moyenne. Donc, il y a eu un investissement qui a été fait. On a fait, là, les investissements qu'il fallait. Mais on a des données qui sont quand même de deux ans en retard, parce que... étant donné qu'il faut les cumuler. Alors, ça prend un certain temps avant d'avoir les comparables au niveau du Québec.

● (15 h 50) ●

**M. Cloutier:** O.K. On me dit qu'il me reste déjà moins que 10 minutes, alors je vais vous poser quelques questions en rafale, là. Il y avait des retards concernant le cancer du sein sur le territoire de Lac-Saint-Jean particulièrement. Est-ce que c'est toujours le cas?

**Mme Couture (Martine):** Sur le territoire...

**M. Cloutier:** Le dépistage, pardon.

**Mme Couture (Martine):** Pardon?

**M. Cloutier:** Pour le dépistage du cancer du sein.

**Mme Couture (Martine):** Sur le territoire de Lac-Saint-Jean, le rattrapage s'est fait. Donc, si on avait... dans le temps, oui, il y avait... c'était assez important comme retard, mais ça s'est fait. On a eu l'unité mobile qui est venue sur le territoire, qui a permis d'améliorer la situation. Donc, on a rattrapé le retard, entre autres sur le territoire de Lac-Saint-Jean.

**M. Cloutier:** O.K. Très bien. Il y avait eu... Souvenez-vous, là, il y avait eu un article dans le journal qui avait parlé des troubles respiratoires plus importants pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, puis là il y avait toutes sortes d'hypothèses, là, que ça pourrait peut-être être lié à la présence des grandes usines. Est-ce qu'il y a eu d'autres... Est-ce qu'il y a une étude ou des démarches qui ont été faites suite à ça? Il me semble qu'on avait annoncé, là, qu'il y aurait des...

**Mme Couture (Martine):** Alors, oui, c'est un aspect qui a été soulevé quelquefois dans la région... plusieurs fois même, plusieurs fois dans les médias et autres. Donc, oui, on a fait des démarches par rapport à

ça pour circonscrire... pour comprendre un peu plus ce qu'il en était. Les démarches qui ont été faites jusqu'à maintenant ne permettent pas de dire que l'environnement peut être la cause de... Ce dont vous parlez, c'est la surhospitalisation des enfants avec des problèmes de santé respiratoire dans le territoire d'Alma. Donc, la cause environnementale ne pourrait pas être évoquée comme étant la cause qui ferait en sorte qu'il y aurait une surhospitalisation. Il peut y avoir d'autres types de causes. Est-ce que ces parents-là d'enfants sont fumeurs? Est-ce qu'il y a beaucoup de chauffage au bois dans l'environnement? Est-ce que? Est-ce que? Donc, il y aurait... Il faudrait investiguer autre chose. Puis, jusqu'à maintenant, on a fait, là, toute la démarche du côté de la Direction de santé publique, l'Institut national de santé publique du Québec, pour voir: Est-ce qu'il y a lieu vraiment d'y aller plus loin? Bien, il faudrait faire une investigation, une recherche beaucoup plus large. Et ça ne concerne pas que le Saguenay—Lac-Saint-Jean ou le secteur d'Alma. D'autres secteurs en région nordique ont aussi le même type de problème.

**M. Cloutier:** O.K. Merci. Bon. Alors, je vois que mon temps continue de diminuer, évidemment. Concernant... Pardon, j'ai perdu ma... La cohabitation public-privé en santé, le rôle de l'agence avec les services offerts en privé en santé, comment ça fonctionne sur le territoire du Saguenay—Lac-Saint-Jean?

**Mme Couture (Martine):** D'abord, le financement public dans le réseau de la santé en général, on est en financement public entre 75 % et 80 %. Finalement, là, le système est public jusqu'à cette hauteur-là. Ce qui a été amené dans le cadre de l'intervention du privé, ça a été beaucoup versus certains services comme la radiologie, certains services comme la chirurgie dans des cliniques médicales spécialisées de chirurgie. Dans notre région, il y a un service sur le plan de la résonance magnétique, de la radiologie, qui est un service en privé, mais on n'a pas chez nous de clinique médicale de chirurgie en privé. Donc, c'est très... Ce n'est pas très présent, hein, c'est peu... C'est très peu présent dans notre région, finalement.

**M. Cloutier:** Donc, ça ne contribue pas au manque de personnel, non?

**Mme Couture (Martine):** Non.

**M. Cloutier:** Les infirmières, entre autres?

**Mme Couture (Martine):** On a eu à faire affaire avec la clinique en résonance magnétique pour certains cas, mais c'est, à ce moment-là, selon les termes de la loi n° 33, où nous achetons des contrats avec la clinique en question.

**M. Cloutier:** Il n'y a pas un projet de clinique à Jonquière, de clinique privée?

**Mme Couture (Martine):** Il y a une clinique privée où des gens se sont désengagés du secteur public. C'est ça que vous voulez... Moi, je croyais que vous étiez, à l'intérieur de la loi n° 33, dans les CMS et puis dans les cliniques de radiologie.

**M. Cloutier:** Aussi, mais plus largement.

**Mme Couture (Martine):** Alors, c'est ce que je vous ai donné comme réponse. Par rapport au désengagement comme tel de médecins de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ça existe, oui, il y en a une, il y a un site, un site à Jonquière.

**M. Cloutier:** C'est bien. C'est à Jonquière, c'est ça.

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui, oui. Mais on n'a pas vu, sur le plan de l'organisation de nos services puis sur le plan du fonctionnement sur une base régionale, d'effet, d'impact comme tel de...

**M. Cloutier:** Pensez-vous que c'est un phénomène qui va s'amplifier sur notre territoire?

**Mme Couture (Martine):** Sur notre territoire, je ne saurais dire. Je ne le sais pas, parce que c'est... Pour l'instant, c'est encore un phénomène qui est assez marginal, puis c'est un choix individuel de médecins de choisir de se désengager de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les autres, c'est le système privé encadré à l'intérieur de la loi n° 33.

**M. Cloutier:** Ça représente combien de médecins à Jonquière?

**Mme Couture (Martine):** Deux.

**M. Cloutier:** Ah! juste deux?

**Mme Couture (Martine):** Deux, oui. Je ne sais pas si ce sont des équivalents... Bien, c'est des équivalents temps plein, sûrement, parce qu'ils sont désengagés. Tu ne peux pas être à moitié désengagé.

**M. Cloutier:** Très bien.

**Le Président (M. Kelley):** Comme «enceinte».

**Mme Couture (Martine):** Pardon?

**Le Président (M. Kelley):** Comme «enceinte». Il n'y a pas de pourcentage.

**Mme Couture (Martine):** Non.

**M. Cloutier:** On a parlé tout à l'heure de la relève, puis j'y reviendrai, mais vous avez volontairement omis un passage dans votre mémoire où vous parlez, vous faites état de la situation pour la relève, là, le problème de démographie. La démographie, c'est le problème numéro un de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Dans votre mémoire, vous écrivez que les personnes de moins de 18 ans passeront de 48 900 personnes à 38 000 en 2026. Vous avez dit que vous avez signé une entente avec MigrAction, en fait vous êtes partenaires. Mais, dans la vraie vie, les chiffres sont dramatiques pour la suite des choses en termes de population pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Et je voulais être sûr qu'on partage tous ce même constat.

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui, ce même constat là, oui.

**M. Cloutier:** Vous avez aussi parlé dans votre mémoire du phénomène de la nouvelle génération qui est celui de vouloir une meilleure qualité de vie, peut-être avec des heures de travail plus agréables, je dirais. Vous avez abordé ça comme problème. Mais, maintenant, comme solutions, c'est beaucoup plus compliqué en termes de convention collective, ça remet ou ça pourrait remettre en cause la question de l'ancienneté. C'est quoi, votre solution à ça?

**Mme Couture (Martine):** Là-dessus, la solution, elle n'est pas magique. Ce qui a été noté, c'est le phénomène de... Offrir un poste à temps complet à quelqu'un, ce n'est pas nécessairement le meilleur... ce n'est pas nécessairement ce qui est voulu. Bon. Alors donc, certains milieux ont commencé à travailler autrement puis essayer de voir s'il y a moyen de faire des horaires de travail de moins que 35 heures. Donc, il y a une question d'organisation du travail qui est commencée un peu dans les milieux.

Vous dites: C'est quoi, votre solution? La solution va passer — j'en parlais dans un autre domaine tantôt — obligatoirement par l'action concertée, et on n'aura pas le choix que de voir les choses autrement. On a toujours vu les choses de la même façon depuis... Bien, même... depuis que, moi, je suis sur le marché du travail, c'était toujours pareil. Puis on n'a pas le choix que de changer maintenant parce que la nouvelle génération va nous obliger à changer. Comment les choses vont se faire? Il y a de l'action concertée, il y a probablement une poussée qui va se faire de la part des premiers concernés. Dans le fond, qu'est-ce qui a fait qu'il y a des choses qui ont changé il y a 40 ans? Il y a des gens qui ont fait bouger des choses. Moi, je présume que ça va se passer aussi comme ça. Mais l'action concertée, pour moi, puis le travail sur des objectifs puis des problèmes... Vous parliez de choses concrètes tout à l'heure. Quand on est sur des problèmes concrets avec une équipe de travail dans un milieu, même si on est à petite échelle, souvent ça fait boule de neige puis ça peut aider. Mais ça n'empêchera pas l'action concertée globale, aussi, obligatoire. Parce que ce mouvement-là, il est... Ce qu'on pressent, nous, c'est que le mouvement, il est là pour rester, hein?

**M. Cloutier:** Il est là pour rester.

**Mme Couture (Martine):** Ce n'est pas des actes isolés, ce n'est pas une seule personne qui veut ça.

**M. Cloutier:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Alors, ça met fin à...

**M. Cloutier:** Oui, si vous me permettez de remercier.

**Le Président (M. Kelley):** Oui. O.K., parfait, vas-y, c'est juste...

**M. Cloutier:** Très bien. Bien, vous remercier de votre présence. Puis, dans la demande de documents qui a été faite par mon collègue, pourriez-vous peut-être ajouter les chiffres concernant la prévention pour le cancer du sein, là, juste pour qu'on s'assure de... Alors, je vous remercie infiniment, puis soyez prudents dans le parc tantôt.

**Le Président (M. Kelley):** La 175.

**Mme Couture (Martine):** C'est gentil. Bien, merci beaucoup, c'est très aimable. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. À mon tour de vous dire que je suis très heureux de vous rencontrer, Mme Couture, et toute votre équipe. Malheureusement, j'ai manqué votre présentation du début. Je vais y aller avec une question d'ordre plus général, puis après ça on abordera peut-être des sujets un peu plus pointus.

Ma première question serait la suivante. Concernant le bilan de santé de votre région, de la population de votre région — peut-être que monsieur, le Dr Aubin pourra y participer, à la réponse...

**Une voix:** ...

**M. Chevarie:** Ah! O.K. C'est beau. J'aimerais ça savoir un peu comment est-ce que vous vous situez au niveau du bilan de santé en termes d'espérance de vie, du tabagisme, du suicide, santé mentale. Est-ce qu'il y a des particularités au sein de votre région? Et comment évolue le bilan de santé de votre région depuis les 10 dernières années?

● (16 heures) ●

**Mme Couture (Martine):** O.K. Je vais commencer, puis sûrement que je vais avoir besoin de l'aide de notre directeur par intérim de santé publique. Donc, dans notre... Bien, c'est ça, on a dans notre région... Notre équipe recherche-connaissance-surveillance prend bien à coeur le fait de faire les portraits de santé. On a dit: L'échantillonnage est un très gros échantillonnage qui a été pris. Donc, sur le plan du tabagisme, par exemple, notre région, on a baissé dramatiquement, et fort heureusement, notre taux de fumeurs, on est passé de 48 % de fumeurs dans notre région à 24 %, le dernier... notre dernière enquête. Donc, on est assez... on est bien avancés de ce côté-là.

Ensuite, notre population, c'est dit aussi dans l'allocation, elle est de plus en plus scolarisée. Et on le voit, tout à l'heure j'en parlais, avec le CREPAS, où on... Dans les cinq dernières années, notre taux de diplomation a augmenté dans la région. On est parmi les meilleurs, aussi.

Ensuite, le taux de suicide, on se situe, là encore, comme étant la septième région au Québec. On a déjà eu le triste rang d'être la région où il y avait le plus haut taux de suicide. Puis il y a un travail fantastique qui se fait par le Centre de prévention du suicide, par les liens qui sont créés entre...

**M. Chevarie:** Qui était dû à quoi, un haut taux de suicide comme celui-là?

**Mme Couture (Martine):** Oh, c'est un...

**M. Chevarie:** La situation économique ou...

**Mme Couture (Martine):** Dans le temps... Là, c'est une évolution au fil des années. Je serais bien embêtée de vous dire qu'est-ce qui fait qu'il y a une dizaine d'années, 15 ans... On pourrait peut-être... c'est peut-être quelque chose qu'on pourrait chercher puis vous donner l'information, là, si on avait des... À moins que, vous, M. Dahl, vous

avez... M. Dahl est le... notre président de conseil d'administration, mais président aussi du Centre de prévention du suicide 02.

**Le Président (M. Kelley):** M. Dahl.

**M. Dahl (Bruno):** En fait, c'est... l'amélioration s'est faite depuis sept ou huit ans seulement. Là, je ne peux pas dire si le taux était haut. Je ne pense pas que ce soit relié au travail, comme tel, mais je sais que, la baisse que vous avez mentionnée, on a été... encore il y a trois ou quatre ans, on était encore au troisième rang ou... Il y a cinq ans, on était au troisième rang provincial, le premier rang étant le pire. Puis, le dernier rang, en général, c'est en ville, c'est... l'exception étant la Gaspésie, qui était bien située. On... Puis ça, on n'a jamais su vraiment pourquoi. Normalement, il y a plus de suicides en région qu'en ville, comme Montréal. Est-ce que c'est le réseau social, la facilité d'avoir des services? Je ne le sais pas.

Mais je sais que les actions concertées ont fait... entre autres parce que... le suicide étant plus fréquent chez les hommes, ce qui a été fait au niveau des armes à feu. Dans la région, on a pris un peu le leadership, comme ça, concernant la fameuse question des armes à feu et le contrôle, avec toutes les actions qu'on a faites de concert avec la Sûreté du Québec et les différents corps de police, et actions qu'on continue encore, année après année. Par exemple, encore cette année, on a distribué 3 000 verrous pour les armes à feu. Et la sensibilisation auprès des familles... ou quand quelqu'un commence à être dépressif, la première chose à faire, c'est faire disparaître les armes à feu, parce que c'était la principale méthode de suicide chez les hommes, qui sont là... la période. Alors ça, ça a baissé énormément. Je pense que c'est rendu à une affaire comme 8 % ou 7 % seulement, 8 % ou 9 % pour ça. Mais je ne peux pas vous dire si... les causes réelles.

**M. Chevarie:** La cause. O.K., c'est beau.

**M. Dahl (Bruno):** Question de détresse.

**Mme Couture (Martine):** Il y a aussi le... Bon, c'est des hypothèses, mais il y a un peu de mimétisme aussi qui se présente dans les cas de suicide. Rappelons-nous, il y a une dizaine d'années, quand une personnalité publique s'était suicidée, il y avait eu hausse de suicides par la suite. M. Girouard, entre autres, là.

**M. Chevarie:** Oui. Oui, oui. Il y a un effet d'entraînement.

**Mme Couture (Martine):** Il y a un effet d'entraînement, oui, oui, oui, qui peut rentrer en ligne de compte. Puis, pour compléter, bien, c'est ça, on se situe la septième région, mais on est encore à 16 pour 100 000, alors que le taux québécois est à 14 pour 100 000. Mais, de toute façon, on parle de statistiques comme ça en suicide, mais un, c'est toujours un de trop. Puis c'est la semaine, cette semaine, de prévention du suicide. Donc...

Ensuite, vous avez... vous vouliez aussi, en termes...

**M. Chevarie:** En termes d'espérance de vie hommes-femmes. Comment ça se situe par rapport au Québec?

**Mme Couture (Martine):** Je ne l'ai pas par coeur. Est-ce que tu l'as? Oui?

**M. Aubin (Donald):** C'est un an de différence, en fait...

**Mme Couture (Martine):** Un an?

**M. Aubin (Donald):** ...avec la moyenne du Québec, en fait, là, un an plus bas.

**M. Chevarie:** Une année...

**M. Aubin (Donald):** ...un an plus bas. Ça représente d'ailleurs ce qu'on retrouve dans les moyennes entre la ruralité puis l'urbanité, là, au Québec, là. C'est environ un an, là, mais ce n'est pas majeur finalement comme problème, là.

**Mme Couture (Martine):** Ensuite, on a une hausse, évidemment, comme partout au Québec, de maladies chroniques. Il y a un taux d'obésité aussi qui est en hausse...

**M. Chevarie:** Qui frappe l'Amérique du Nord.

**Mme Couture (Martine):** — oui — ensuite, notre changement de la courbe des âges qui, nous, nous touche plus que d'autres régions. On est encore une région en... en fuite de jeunes. Il y a certaines régions où ça s'est stabilisé. Je pense à la vôtre, Gaspésie—Les Îles, où il y a eu une stabilisation puis même une croissance, hein, qui commence, si je ne me trompe pas, chez vous, là...

**M. Chevarie:** Oui, on commence à avoir un bilan positif, oui, effectivement.

**Mme Couture (Martine):** ...c'est ça, alors que, nous, on est encore en bilan migratoire négatif, on a encore une fuite de nos jeunes de 15 à 30 ans qui est importante et qui fait que notre population à nous vieillit proportionnellement plus vite que le reste du Québec. Les personnes âgées vieillissent, c'est sûr, c'est normal, mais, les jeunes étant partis, notre proportion se trouve à être dramatiquement plus frappante que d'autres régions où on a réussi à garder une certaine stabilité ou encore, comme dans la région de M. Drainville, une croissance soit au niveau de la population.

**M. Drainville:** Vous êtes au courant de ça, vous?

**Mme Couture (Martine):** Bien, voyons, on vous regarde aller, tout le monde! Ensuite, bien c'est à peu près... Je ne sais pas s'il y avait d'autres éléments...du portrait de notre population.

**M. Chevarie:** Non, c'est beau. Ça va.

**Mme Couture (Martine):** Notre répartition dans la région, on a 49 municipalités, mais il reste qu'on a quand même des pôles de population plus importants dans le secteur Saguenay. On a une disparité sur le plan régional entre deux sous-régions, comme on pourrait le dire et qu'on ne doit pas dire, dans le sens où le Saguenay, c'est une...

c'est plus urbain, le Lac-Saint-Jean plus, disons, rural, avec des... certains pôles aussi, là, trois pôles de population, là-bas, entre 25 000 et 35 000 de population, à peu près, là, dans les municipalités d'Alma, Roberval et puis Dolbeau-Mistassini. Autrement, ce sont des petites municipalités.

On travaille beaucoup... — bon, là, je... arrêtez-moi — on travaille beaucoup aussi sur le développement des communautés dans le cadre de notre approche du côté de la santé publique. Donc, il y a un travail qui se fait, encore là, sur le plan des actions concertées avec les autres ministères, particulièrement avec le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Organisation du territoire. On travaille beaucoup avec eux sur le phénomène de dévitalisation des communautés... ou de revitalisation des communautés.

**M. Chevarie:** Bon, c'est... j'avais, entre autres, une question là-dessus, sur le réseau, puis je vais en profiter pour sauter là-dessus tout de suite. On sait que le réseau de santé et de services sociaux, c'est complexe, c'est diversifié, puis la commande est assez importante de répondre à l'ensemble des besoins d'une population d'une région. Bien entendu, l'approche de partenariat, travailler en réseau plutôt qu'en silo, évidemment c'est pas mal plus payant. Puis justement je me posais la question à savoir, pour votre région, comment se vivait le partenariat, l'approche de réseau de services intégrés, municipalités, commissions scolaires et les organismes communautaires, ainsi de suite.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Oui, oui. Là-dessus, c'est vraiment... Je suis très heureuse que vous me posiez une question comme celle-là, parce que c'est l'essence même de ce que... de ce qu'on fait en région, O.K., de ce qu'on fait aussi en fonction de la loi de 2004, qui a transformé le réseau pour nous faire un réseau avec une gouverne à trois paliers, national, régional, local, basée sur une forme de décentralisation mais basée aussi sur une responsabilisation, responsabilité populationnelle puis une responsabilisation des territoires locaux. Alors ça, c'est vraiment la table, là, de... comme on appelle, comme, moi, j'appelle souvent, la patinoire sur laquelle on est. Et ce travail-là, moi, quand je suis arrivée comme P.D.G., c'était le début de ça, donc on était là-dedans, là, vraiment au complet depuis que je suis à l'agence.

Les réseaux locaux ont pris les... en main le travail de constitution d'un réseau local sur leurs territoires. Chacun des milieux a fait son travail pour faire son projet clinique en partenariat avec son réseau local. Donc, on parle de ceux qu'on connaît, le plus souvent...

**M. Chevarie:** Et, un projet clinique, pour le commun des mortels, là, pouvez-vous nous en parler un petit peu? Parce que...

**Mme Couture (Martine):** Bien, là... Bien sûr. Prenons pour exemple un territoire, un territoire à l'extrême est, le territoire de La Baie, Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau, qui a fait son projet clinique. Alors, il a fait son projet clinique avec l'ensemble de sa communauté, tous les partenaires, organismes communautaires, pharmacies, la commission scolaire, la partie locale du centre jeunesse, du centre de réadaptation, puis ils ont constitué quelles sont les priorités pour ce territoire-là puis de quelle façon est-ce qu'ils sont en mesure de

répondre aux priorités du territoire. Alors, c'est ça, le projet clinique. Ça a été un travail de partenariat local et, pour eux, ça a débouché sur une offre de service très, très, très précise, qu'ils ont fini par décrire dans une brochure puis envoyer à tout le monde, pour que les gens sachent toujours où aller frapper quand ils ont besoin d'un service.

Pour ailleurs, ça a été autre chose. Dans le secteur d'Alma, c'était la question du transport qui était très pré-occupante: alors, comment on peut organiser le transport dans un territoire où il n'y a pas de transport en commun? Alors, il y a eu un travail qui a été fait aussi là-dessus à ce moment-là avec d'autres partenaires. Ça fait que ça a été...

Et chacun des milieux a pris son projet clinique très au sérieux, est devenu aussi un instrument pour faire les plans d'organisation d'établissement. Secteur Chicoutimi, ça a été comme ça; secteur Roberval, ça a été comme ça aussi. Donc, on est rendus maintenant... On n'a pas fini, c'est sûr, ce n'est pas terminé, mais la responsabilité, elle s'est prise vraiment sur une base locale. Nous, on avait une responsabilité de coordination, d'échanges interterritoires...

**M. Chevarie:** De par votre mandat d'agence.

● (16 h 10) ●

**Mme Couture (Martine):** ...bien oui, puis d'échanges interterritoires. Tout le monde ne peut pas faire de tout partout. Alors, comment on organise les choses? Alors ça, c'est une responsabilité que, nous, comme agence, on a prise, qu'on avait, qu'on a prise puis qu'on exerce.

**M. Chevarie:** O.K. Donc, ce que je comprends, vous êtes bien connectés avec votre réseau municipal et les autres secteurs de votre région.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Ce n'est pas fini. C'est sûr qu'on a encore des choses qu'on doit faire, mais je... moi, je pourrais évaluer qu'on a une bonne partie du travail de fait. Puis, comme je le mentionnais tout à l'heure dans d'autres domaines, chacun d'entre nous est quelque part, sur le plan régional, dans ses dossiers, aussi.

**M. Chevarie:** Je vous amène sur l'agrément des établissements. Vous devez sûrement connaître cette démarche-là, qui est une démarche continue vers un objectif de qualité optimale. Et on sait que le concept de qualité, évidemment, c'est assez large et en même temps c'est progressif, dans cette démarche-là. La qualité, ça touche plusieurs éléments: l'expertise, la formation, les protocoles de soins, les meilleures pratiques, l'accès aux services, la propreté à l'intérieur de nos établissements, la réduction des infections nosocomiales, ainsi de suite. Et on sait que depuis 2005 les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont une obligation de s'inscrire dans cette démarche-là. Il y a deux organismes qui sont officiellement accrédités: Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément. Et ça vise évidemment des plans de qualité et de sécurité au niveau de la dispensation des soins et des services. Comment cet exercice-là se passe dans votre région? Parce que ce que je m'aperçois, ce n'est pas très connu de la part du grand public et c'est un exercice extrêmement exigeant sur le plan professionnel, sur le plan du temps également et de l'énergie qu'on y met. Et j'aimerais ça savoir comment ça se passe et quels sont les résultats pour les établissements de votre région.

**Mme Couture (Martine):** Alors, chez nous, tout le monde a fait son... tout le monde a fait sa demande, tout le monde a fait son processus. Nous, on est... on reçoit les résultats d'agrément de chacun des milieux. Donc, chacun des établissements s'est mis dans... est dans le processus. Certains établissements étaient déjà en processus d'agrément. Si on prend un établissement comme...

**M. Chevarie:** Surtout les hôpitaux, là, qui étaient... c'était une démarche historique.

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui, oui. L'Hôpital de Chicoutimi, par exemple, était déjà dans son processus d'agrément depuis... depuis toujours finalement, et, maintenant que c'était obligatoire pour tout le monde, alors tout le monde y est entré. La particularité, c'est qu'on est maintenant... pour tous nos établissements, on est en centre de santé et de services sociaux, alors on n'a pas uniquement un volet hospitalier, on a un volet CLSC puis un volet CHSLD. Mais tout le monde est dans son processus. Il y en a qui en sont à leur deuxième renouvellement.

Puis, quand vous soulignez le fait que ce soit exigeant, que ça prend beaucoup de temps, c'est clair, tout le monde le dira que c'est quelque chose qui est très exigeant. Par contre, c'est quelque chose aussi qui permet une bonne mobilisation à l'intérieur des milieux, quand le travail est fait, quand le résultat arrive puis que l'agrément est donné, là, est reçu...

**M. Chevarie:** Est-ce qu'il y a des établissements qui n'ont pas reçu leur agrément, là, ou...

**Mme Couture (Martine):** Il y avait un établissement qui était en conditionnel puis qui a fait... refait sa démarche et puis... puis maintenant c'est terminé, hein, c'est fait, c'est passé. Oui. Oui. Puis... Mais ça amène aussi... Ailleurs, hein, vous avez les visites de qualité des CHSLD puis vous avez la certification des résidences privées. On est vraiment dans un univers où là... on est en processus de qualité beaucoup.

**M. Chevarie:** J'imagine qu'au cours des trois ou quatre dernières années vous avez eu des dossiers particulièrement exigeants, complexes, et qui ont été adressés par l'agence avec... en partenariat avec vos établissements, et que vous êtes vraiment fiers d'avoir réussi avec succès, ou la réalisation d'un... ou la mise en service d'un nouveau service. J'aimerais ça que vous nous parliez de ces dossiers-là, là, qui souvent ne font pas nécessairement les manchettes puis qui sont extrêmement importants pour une région, et qu'on parle trop peu.

**Mme Couture (Martine):** Vous avez combien de temps pour ma question?

**M. Chevarie:** Disons qu'on avance tranquillement dans notre bloc, là, mais il reste du temps.

**Mme Couture (Martine):** J'ai droit à combien de temps? Non, mais, écoutez... Non, non, c'est une farce. Parce qu'il y a beaucoup de dossiers dont on est fiers particulièrement puis qu'on... que j'ai pu énumérer aussi tout à l'heure, dans l'allocution. Je suis même un petit peu hésitante, ça me donne un peu de temps pour choisir les

dossiers. Quand je regarde, par exemple, dans le secteur social, le fait qu'on ait réussi dans la région à centraliser l'Info-Social pour... sous le même... sous la même image qu'Info-santé, c'est un dossier... c'est un projet duquel on est fiers et on est... Il y a deux régions maintenant au Québec qui ont un Info-Social centralisé. Ça signifie qu'à la même image que l'Info-Santé vous avez des travailleurs sociaux, des intervenants psychosociaux qui sont au téléphone, qui reçoivent des appels des gens et qui doivent, bon, bien, soit faire une intervention brève par téléphone, référer ou envoyer même à domicile quelqu'un.

Alors, ils sont là pour aider à l'application de la loi P-38, pour la protection des gens qui ont un problème de santé mentale, qui sont dangereux pour eux ou pour autrui. Ils sont là pour faire les liens avec la première ligne. C'est... Ensuite, ils sont là aussi pour faire une... un réseautage aussi. Quand on pense à la pandémie, s'il y avait eu pandémie, s'il y avait eu un besoin plus large d'intervention psychosociale, l'Info-Social était présent pour ça. C'est une réalisation dont on est fiers. C'est un service qui a été monté, comme on dit, à bout de bras et que maintenant toute la région en profite. Les CSSS en profitent aussi, la région au complet en profite.

Autre réalisation, on en a parlé un tout petit peu tout à l'heure, la formation médicale à Saguenay, notre... le fait que nous ayons une faculté de médecine maintenant. Ça a été un travail où tout le monde a été impliqué dans la région. L'agence, oui, et toute la région.

Actuellement, on est en train de vivre le virage du côté de la santé mentale.

**M. Chevarie:** Dans la formation médicale au Saguenay, quel hôpital est particulièrement impliqué?

**Mme Couture (Martine):** Bien, particulièrement plus peut-être celui de Chicoutimi parce que la majorité des professeurs ou des tuteurs sont de Chicoutimi. Ils ont un plus grand volume de stagiaires. Par contre, chaque établissement est impliqué: gériatrie pour La Baie... Tu sais, c'est... chacun... il y a des stages qui se font un peu partout pour l'ensemble de la région. C'est vraiment... Je vous invite à venir voir comment on est organisés.

**M. Chevarie:** Tout le monde est mis à contribution?

**Mme Couture (Martine):** Tout le monde est mis à contribution.

Le dossier santé mentale, on fait le virage en santé mentale avec le plan d'action en santé mentale *La force des liens*. Et ça, pour nous, c'est un... c'est majeur, majeur comme virage. On a réussi à passer de la troisième à la première ligne dans le domaine de la santé mentale, mettre en place les équipes dans chacun des territoires...

**M. Chevarie:** C'est souvent le gros obstacle, hein? Parce qu'on traitait beaucoup en surspécialité ou en spécialité puis très peu en première ligne, alors que c'est...

**Mme Couture (Martine):** Oui. Exactement, oui. Ça... Là-dessus, c'est phénoménal, ce qu'on a réussi.

**M. Chevarie:** C'est des voies de passage pour la santé mentale, effectivement.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Oui, oui.

**M. Chevarie:** Est-ce qu'il nous reste encore du temps, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Oui, mais peut-être interrompre ici, ça va laisser un autre bloc d'une douzaine de minutes à la fin, et aller à Mme la députée de Matapédia, si ça va avec tout le monde.

**M. Chevarie:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, Mme la députée de Matapédia, pour un bloc de... 15, 16 minutes environ.

**Mme Doyer:** C'est beau. Alors, comme je... Merci beaucoup, M. le Président. Comme j'ai quand même pas mal de questions, je vais vous dire que je vais déposer à la présidence un bloc de questions. Je vais vous dire un peu les sujets et vous laisser le temps, avec vos responsables, de nous acheminer ça ultérieurement. Des questions sur l'équité interrégionale, par exemple. À combien s'élève le sous-financement de votre région cette année puis... par rapport aux différents programmes clientèles? Concernant les places d'hébergement en CHSLD, RI, ressources de type familial. Mais vous allez les avoir, et après vous nous... Parce que j'aimerais mieux que ce soit proactif. Les médecins de famille, l'immobilisation, des... le préhospitalier aussi, le plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie... le plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, hein, que vous connaissez, *Un défi de solidarité*. Alors, l'état de situation de votre région à travers le temps et vos cibles. De quelle façon vous avez atteint vos cibles?

**Mme Couture (Martine):** Est-ce que je peux vous poser une question...

**Mme Doyer:** Oui, allez-y.

**Mme Couture (Martine):** ...sur la façon dont vous souhaitez, comme commission, recevoir les réponses?

**Mme Doyer:** Oui.

**Mme Couture (Martine):** Oui? Est-ce que... Dans le sens où on peut faire version, tu sais, courte, moyenne, longue. C'est probablement plus sous forme d'état de situation que vous voulez?

**Mme Doyer:** Oui, d'état de situation, pour qu'on puisse juger, à travers votre rapport que vous nous avez remis, les données chiffrées que vous avez, là. Par exemple, le plan d'action en santé mentale, pouvez-vous nous déposer un état de situation concernant l'application du plan d'action en santé mentale dans votre région, incluant le niveau d'atteinte des cibles prévues au plan d'action et les défis pour les atteindre, le cas échéant, d'ici 2010? Ça fait que vous prenez, à partir de 2005-2010, comment vous avez eu, par rapport à... de résultats par rapport aux cibles que vous aviez, aux clientèles. Et là je vais y aller tout de suite avec...

**Le Président (M. Kelley):** Ici, je veux juste... 30 secondes, juste... Peut-être, M. Saint-Gelais et Mme Laplante, la secrétaire de la commission, peuvent

faire les arrangements nécessaires pour le transport des documents.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** C'est ça que j'ai compris, mais je veux juste dire ça dans le micro. Mme la députée de Matapédia.

● (16 h 20) ●

**Mme Doyer:** Merci. Alors, je... Merci, M. le Président. Sur le jeu pathologique, ce qu'on constate, c'est que vous êtes loin de la cible de 2010. Et qu'est-ce que vous faites pour ça? Parce que... Puis, même nous, comme parlementaires, on a de la misère par rapport aux régions. La Gaspésie, entre autres, ne savait pas, au niveau de l'agence, c'était quoi, la disponibilité des appareils sur son territoire, alors que mon collègue de Matane était capable de le sortir. Mais il l'avait eu par une lettre à la... au niveau de la Loi d'accès. Vous comprenez? Pour vous qui êtes des gestionnaires, on a de la misère à avoir un certain nombre de données, vous-mêmes et nous, comme parlementaires, pour voir quelle est la situation du jeu pathologique et des dépendances aussi sur votre territoire. Comment se comporte votre région, à travers les dernières années, par rapport aux dépendances, au jeu pathologique?

**Mme Couture (Martine):** Donc...

**Mme Doyer:** Et ce que vous avez mis en place pour contrer...

**Mme Couture (Martine):** Oui. Alors, on est... ça, la question de la dépendance au jeu ou du jeu pathologique, on ne peut pas faire autrement que d'être complètement conscients de la difficulté d'aller recruter les gens qui en ont besoin, O.K.? C'est... On a notre centre régional de dépendance, on a ce qu'il faut pour travailler avec eux, on a même... et, là-dessus je vous dirais, madame, qu'on continue nos efforts. Le nombre de personnes référées a augmenté... le nombre de personnes qui s'y réfèrent a augmenté, quand même, au fil des années. On n'a pas encore atteint notre cible, c'est vrai, mais le nombre a augmenté.

Comment on a fait ça? Bien, on a fait de la publicité, c'est sûr. On a fait beaucoup de travail intrarégional aussi entre nos différents milieux. Ensuite, on s'est associé, une année, avec justement le Centre de prévention du suicide pour une publicité-choc sur le jeu pathologique, puis c'était... c'est... Moi, je vous inviterais... Si on est capable de vous envoyer le DVD de cette publicité-là, c'était vraiment très bien fait et c'était pour faire prendre conscience aux gens que, le phénomène du jeu, il n'y a rien d'innocent là-dedans. Les machines ne sont pas programmées pour que l'individu gagne. C'était ça, le sens de la publicité. Elle est programmée pour que ce soit elle qui gagne, la machine. C'était ça, à peu près, le slogan. Je ne me souviens plus exactement. Elle est programmée pour te...

**M. Dahl (Bruno):** Programmée pour te vider.

**Mme Couture (Martine):** Pour te vider, c'est ça.

**M. Dahl (Bruno):** Elle était beaucoup plus choc que celle, provinciale, choisie.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Mais, bref, on a eu... il y a eu une augmentation, quand même, de la demande. Mais ce dont on se rend compte... que c'est extrêmement difficile sur une base individuelle, c'est ce que les experts nous disent, d'admettre que d'avoir un problème de jeu, c'est un problème, puis que c'est possible d'être traité. Les gens vont beaucoup garder ça très secret. C'est très difficile de faire le saut pour aller se faire traiter. Mais on a ce qu'il faut pour faire le traitement. Ça fait qu'on continue sur la publicité, sur les interventions psychosociales aussi, sur le dépistage aussi.

**Mme Doyer:** O.K. Merci. Je... M. le Président, j'irais vers une question au niveau des organismes communautaires, parce que, moi, j'ai ce dossier-là, et... au niveau des services sociaux particulièrement, et on sait qu'à chaque année ils nous demandent un rehaussement de leurs budgets. Je vois que vous... l'agence a subventionné 221 organismes communautaires pour 17 385 618 \$ et que votre cadre de coopération a été adopté en avril 2008. Quelle est la situation par rapport à votre région? Est-ce que vous... à travers les années, vous avez été capables de répondre à ces demandes nombreuses? Vous savez, comme députés, nous, chacun ici, on le vit. Vous le vivez comme agence. Vous êtes un peu comme Salomon, toujours être en train... si vous avez un surplus que vous voulez réallouer... c'est-à-dire allouer. Vous avez des demandes aussi au niveau de nouveaux organismes. J'ai vu que vous en aviez eu, hein, des nouveaux organismes. Comment est la situation et comment est-ce qu'est votre horizon, là, jusqu'à maintenant, pendant les cinq dernières années? Comment vous analysez cette situation de demandes, hein, toujours de rehaussement de budget? Et quelles sont les problématiques que vous voudriez peut-être... auxquelles vous voudriez davantage répondre?

**Mme Couture (Martine):** Oui. Alors... D'abord, pour ce qui est des organismes communautaires, je tiendrais à vous dire à quel point le travail fait par des organismes communautaires, c'est un travail qui est précieux, pertinent, souvent mal connu, et que chaque individu qui est dans un organisme communautaire, quel qu'il soit, apporte beaucoup à sa communauté. Donc... Et les organismes communautaires de notre région ont tenu aussi à nous le faire savoir, sont venus nous voir en conseil d'administration pour nous faire part, là, de leurs difficultés, puis ils l'ont fait dans un souci de bien nous faire connaître leur situation mais de bien nous faire savoir aussi qu'ils sont là vraiment pour le bien-être de la population, là, des personnes.

Alors, nous, dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, notre programme PSOC, même... bon, bien, déjà en 2009, on était à 17 millions de dollars qui ont été attribués. On a 225 organismes communautaires qui sont financés, selon, bon, différents... à différentes échelles. Dans la région, on a choisi, il y a déjà plusieurs années, qu'à chaque budget de développement qu'on recevait on donnait au moins 10 % pour le financement des organismes communautaires. Alors, on part toujours de ce plancher-là de 10 % pour les organismes communautaires, et ça, ça fait déjà plusieurs années qu'on fonctionne de cette façon-là.

En plus, finalement... en plus et finalement, en général, on dépasse le 10 %. Selon les années, selon les programmes, on va aller de 13 %... même jusqu'à presque 40 %. On dépasse le 10 % en question. Puis on essaie toujours

de se garder une marge de manoeuvre pour aider les organismes qui sont en difficulté. Donc, depuis quatre ans, on a augmenté de 34 %, finalement, le financement des organismes communautaires. Puis, dans chacun... C'est quand même... Bien, c'est intéressant, quand même. Puis, dans chacun des programmes... Je regarde le programme de santé mentale, où les organismes communautaires sont très présents. Ils sont très présents même aux programmes comme tels, pour les pères aidants, par exemple, pour les utilisateurs ou les... des organismes de défense des droits. Alors, c'est ce qu'on fait, on y va vraiment au maximum de ce qu'on est capable.

**Mme Doyer:** J'irai, M. le Président, sur une autre question, qui ne touche pas mes dossiers, mais qui m'intéresse parce qu'on en a peu parlé, la question des accouchements, de... Vous avez... Je pense que vous vivez un mini-baby-boom, hein, mini, peut-être moins accentué, mais j'aimerais que vous m'en parliez. Et comprendre aussi, à travers ces... les dernières années, et... quelles ont été vos problématiques par rapport à donner des bons services. Tantôt, on avait la région Gaspésie et... qui est immense et qui a des problèmes. Par exemple, en Haute-Gaspésie, hein, ils ont été obligés d'arrêter de donner des services en obstétrique.

Comment ça se présente chez vous? Vous n'avez pas de maison de naissances. Moi, je sais que j'en ai une à Mont-Joli, et elle rend des services même à travers l'Est du Québec. Et je disais à mon collègue tantôt, le député de Matane: Comment ça que vous n'utilisez pas les services des sages-femmes, alors que, moi, j'insiste et j'incite les femmes de la vallée de la Matapédia... J'ai cent quelques accouchements par année et je les incite à utiliser les services de La Mitis pour essayer, hein, de combler... Parce que vous avez des hôpitaux, mais il y a certains territoires de votre région où est-ce que c'est plus éloigné des hôpitaux, hein? Je ne sais pas, au... C'est bien desservi? Comment ça se présente chez vous par rapport aux accouchements, aux suivis de grossesse, tout ça? Il n'y a pas de problèmes ou il y en a?

**Mme Couture (Martine):** O.K. La géographie... Je vais commencer... Bien, c'est-à-dire... Je vais vous expliquer ce qu'il en est.

**Mme Doyer:** C'est ça.

**Mme Couture (Martine):** Je vais plutôt vous expliquer ce qu'il en est.

**Mme Doyer:** Où est-ce qu'ils sont, vos défis, là, par rapport à ça?

**Mme Couture (Martine):** Oui. Parce que, sur le plan de la géographie, par exemple, chacun des territoires est couvert par un service d'obstétrique, plus spécialisé, évidemment, secteur de Chicoutimi, à l'hôpital régional, mais il n'en demeure pas moins que Chicoutimi, Alma, Roberval, Dolbeau ont des services d'obstétrique. O.K.? Les extrémités complètement, dans le Bas-Saguenay par exemple, qui est à peu près à une heure de Chicoutimi, il n'y a pas de service d'obstétrique, mais il n'y a pas de milieu hospitalier non plus. Ensuite, la hausse des accouchements, effectivement, depuis trois ans, on a un

mini-baby-boom, mais je pense que c'est un peu à l'image du Québec aussi, un mini-baby-boom. Nous autres, on se situe en haut de 2 000 accouchements par année dans la région. Donc, c'est... Puis on n'a pas de problématique particulière liée à la... à l'obstétrique comme telle. Cependant, la question de la maison des naissances, je ne sais pas si vous voulez...

**Mme Doyer:** Pardon?

**Mme Couture (Martine):** La question de la maison des naissances, que vous soulevez, ou la présence des sages-femmes...

**Mme Doyer:** Oui. Ça ne s'est jamais présenté comme un objectif, pour vous, d'avoir des maisons des naissances? Vous n'en avez pas senti le besoin non plus?

**Mme Couture (Martine):** C'est-à-dire qu'il y a une démarche, actuellement, d'un groupe de promotrices pour une maison des naissances.

**Mme Doyer:** À quel endroit?

**Mme Couture (Martine):** Bien, dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Puis finalement, bien, le lieu où le travail... la maison... le travail se ferait pour aller vers une maison des naissances, c'est au Saguenay, ce serait à Chicoutimi. Mais on en est aux premières étapes actuellement, là, de...

**Mme Doyer:** Aux balbutiements.

**Mme Couture (Martine):** ...balbutiements, oui.

**Mme Doyer:** D'accord. J'irais sur la certification des résidences privées. Votre processus va très bien. Je crois qu'il y a 98 % qui sont en processus, donc...

**Mme Couture (Martine):** 100 % en processus.

**Mme Doyer:** 100 %? Vous avez terminé...

**Mme Couture (Martine):** Non, non, non. En processus.

**Mme Doyer:** Non? Qui sont engagés dans le processus? Mais il y a, quoi, 47 %, peut-être 50 %, 55 % de...

**Mme Couture (Martine):** 84 % que c'est fait.

**Mme Doyer:** Que c'est fait, c'est agréé, ils ont leur certification?

● (16 h 30) ●

**Mme Couture (Martine):** Oui. Oui. Oui, oui. 84 %, ça veut dire 84 résidences sur... bien 84 résidences sur 101. On en a une centaine, de résidences...

**Mme Doyer:** C'est bien.

**Mme Couture (Martine):** ...c'est facile de compter le nombre de résidences agréées... certifiées.

**Le Président (M. Kelley):** ...pourcentages...

**Mme Doyer:** Bien, je vous en félicite. Puis vous êtes un peu comme la région du Bas-Saint-Laurent. On est... Vous avez été proactifs, et ça a bien fonctionné. C'est un peu incompréhensible pour moi de voir comment est-ce qu'à Montréal ça ne va pas bien. J'ai... Parce qu'à quelque part les normes du bâtiment, ou la sécurité incendie, nous, par territoire de MRC, sont les mêmes, hein? Et Montréal... Ça ne va pas bien à Montréal, le processus de certification.

En tout cas, moi, je vous félicite. Par rapport à plusieurs des indicateurs qu'on a, par rapport à plusieurs des cibles, vous avez performé. Moi, je vous félicite par rapport aux troubles envahissants du développement, la déficience intellectuelle, physique, vous avez quand même bien performé dans votre région. Et il y a au niveau des personnes âgées, des soins et services à domicile et en CHSLD. Ce qu'on a, c'est que les résultats sont excellents, plusieurs cibles 2010 sont dépassées. Alors, ça, voyez-vous, c'est... Et Info-Santé, Info-Social, je ne me trompe pas, vous donnez la formation aussi, Info-Social?

**Mme Couture (Martine):** Qu'est-ce que vous voulez dire, la formation?

**Mme Doyer:** Est-ce que vous donnez... J'ai vu dans les documents que vous donnez de la formation. Ce n'est pas par rapport à ça?

**Mme Couture (Martine):** Bien, oui, mais en fait, surtout, à partir d'Info-Social, il y a le Centre de recherche appliquée en interventions psychosociales qui effectivement donne une certaine... qui donne de la formation puis prépare aussi des guides d'intervention.

**Mme Doyer:** Par rapport à l'ensemble du Québec?

**Mme Couture (Martine):** Ah, oui, oui.

**Mme Doyer:** Voilà, c'est ça que j'ai vu. Et ça, c'est important parce que c'est la santé physique, la santé... Et souvent les deux sont en lien. Quelqu'un qui vient de se faire annoncer qu'il a le cancer peut avoir une détresse psychologique et avoir besoin de se faire rassurer, au niveau d'une ligne Info-Social. Et ça pallie au manque de psychologues. Ça, je... Est-ce... vous êtes... C'est dans votre région qu'il y a... Au niveau des psychologues, est-ce que ça va, est-ce que vous êtes en équilibre?

**Mme Couture (Martine):** C'est-à-dire que c'est un type d'emploi qui est en... qui est précaire aussi, là, dans le sens du nombre pour le renouvellement. Psychologues, intervenants psychosociaux, psychoéducateurs, c'est un type d'emploi aussi qui est précaire. Par contre, comme la formation en psychologie, en travail social, se donne aussi dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, ça peut nous donner peut-être une chance, là, pour le recrutement dans le futur, pour combler nos postes.

**Mme Doyer:** Merci beaucoup de vos réponses, et je vais laisser la place à mon collègue, qui a une question sur un dossier qui le préoccupe pour sa circonscription.

**M. Cloutier:** Oui. Juste d'abord...

**Le Président (M. Kelley):** Très rapidement.

**M. Cloutier:** Très rapidement. Juste d'abord sur les naissances, là. Il me semble qu'il y avait un problème à l'Hôpital d'Alma pour les accouchements durant la nuit. Est-ce que je me trompe en disant ça? Est-ce que vous avez eu vent de cette problématique-là? Non? Oui?

**Mme Couture (Martine):** Tu as-tu quelque chose là-dessus, toi, Donald?

**M. Aubin (Donald):** Oui, bien c'est en lien avec la présence d'un anesthésiste. En fait, actuellement il n'y a pas de garde en anesthésie pendant la nuit.

**M. Cloutier:** La nuit. C'est exactement ça.

**M. Aubin (Donald):** Donc, à ce moment-là, au niveau des épidurales, effectivement, là, il y a une période dans laquelle il n'y a pas d'épidurale qui se fait.

**M. Cloutier:** Durant la nuit. C'est durant la nuit qu'il n'y a pas d'épidurale.

**M. Aubin (Donald):** C'est durant la nuit. Et, pour contrer ça, on est en train de... Et là il y a une entente qui vient d'être signée, parce que ça va permettre le recrutement d'un anesthésiste supplémentaire. Et, en ayant cet anesthésiste supplémentaire là, ça va permettre, à ce moment-là, de revenir à une situation normale. L'entente vient d'être signée avec...

**M. Cloutier:** Ah oui?

**M. Aubin (Donald):** L'entente vient d'être signée avec le partenaire voisin. Donc, l'anesthésiste en question va pouvoir arriver au cours des prochains mois.

**M. Cloutier:** O.K. Bon. Très bien. Puis, concernant le centre d'hémodialyse, vous savez que les gens du Lac-Saint-Jean doivent se déplacer à Saguenay pour avoir les traitements. Ça n'a pas fait partie de l'annonce de l'agrandissement de l'Hôpital d'Alma. Est-ce que... Oui?

**Mme Couture (Martine):** Pour ce qui est de l'hémodialyse, il y a une intention, qui a été clairement annoncée, qu'il y ait de l'hémodialyse dans le secteur du Lac-Saint-Jean. Et la séquence... Il y a eu un gros travail qui a été fait là-dessus, Dr Aubin, et l'équipe des néphrologues de Chicoutimi, et les responsables DSP de chacun des milieux, Alma, Roberval, Dolbeau. La séquence d'implantation serait probablement le secteur Dolbeau en premier...

**M. Cloutier:** Ah oui?

**Mme Couture (Martine):** C'est comme ça que les gens ont travaillé pour y arriver, pour faire en sorte que ça puisse avoir... finir par se concrétiser. Mais, à l'intérieur de ça, il n'y a pas uniquement l'hémodialyse, il y a aussi la dialyse... Là, on rentre dans des choses qui sont plus, disons, médicales, là, mais c'est un ensemble qui comprend...

**M. Cloutier:** Les traitements.

**Mme Couture (Martine):** ...l'hémodialyse, la dialyse nocturne et puis la pré-dialyse, ou le stade 3. Ça fait qu'il y a un travail aussi qui doit être fait à ce niveau-là pour faire en sorte qu'on puisse prévenir même le fait d'avoir besoin d'hémodialyse, avec l'intervention qu'on appelle de formation stade 3.

**M. Cloutier:** À ce moment-là, les gens d'Alma iraient à Roberval pour... dans une première phase, puis ensuite à Saguenay?

**Mme Couture (Martine):** Il faudrait voir entre... entre Alma puis Chicoutimi, ça...

**Le Président (M. Kelley):** Dr Aubin.

**Mme Couture (Martine):** Oui, allez-y.

**M. Aubin (Donald):** Pour le stade 3, qui est quand même un développement important, pour le stade 3, on le retrouverait dans chacun des CSSS, donc, déjà, parce que ça, ça demande une certaine proximité, là. Et c'est vraiment unique parce que c'est un programme qui a été développé dans la région, donc, puis c'est quelque chose qui va s'implanter à la grandeur du Québec. Donc, stade 3 étant le stade juste avant d'entrer dans le processus, avant d'aller vers la dialyse. Pour l'insuffisance rénale de stade 5, où là on a besoin d'être dialysé, le premier milieu d'implantation est Dolbeau, en raison des distances, des grandes distances, c'est 1 h 45 min, là, de Chicoutimi, donc c'est très, très loin. Et par la suite viendront deux autres milieux. L'ordonnancement, par contre, n'est pas fait, là. Est-ce que ça va être Roberval ou Alma, le prochain, l'ordonnancement n'est pas fait.

**M. Cloutier:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, juste pour l'intendance, il reste 12 minutes à ma droite et 15 minutes à ma gauche. Alors, M. le député des Îles-de-la-Madeleine, pour le dernier bloc de 12 minutes pour votre formation.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Je vais aborder la question de l'accès aux services de chirurgie. Il y a plusieurs années, c'était une véritable problématique dans le réseau de la santé, particulièrement pour les chirurgies de hanche, de genou, et il y avait beaucoup d'insatisfaction, beaucoup de délais d'attente également. Et je pense que la situation a été beaucoup améliorée, on a mis en place, je pense, il y a environ trois ans, je pense, le programme... c'est le SIMASS, je crois, si je me souviens bien. Et j'aimerais savoir comment ça se passe chez vous, dans votre région: Est-ce qu'on respecte les délais du six mois qui est prescrit, dans différentes chirurgies?

**Mme Couture (Martine):** Alors, chez nous, l'introduction de SIMASS s'est faite au moment où SIMASS a été introduit, c'est un système d'information, en fait, quand ça a été introduit, on s'en est servi. Mais on avait commencé avant à faire ce qu'on appelle l'épuration des listes d'attente du côté de la chirurgie. Donc, on a... on a déjà... On avait déjà commencé il y a quelques mois, précédemment l'arrivée, là, de cette obligation-là. Et donc, dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, on fait en moyenne une

vingtaine de mille de chirurgies par année, réparties dans cinq sites de chirurgie. Ce n'est pas tout le monde qui fait de tout, là, évidemment, O.K.? Mais notre performance comme telle en ce qui concerne les chirurgies ciblées de la hanche, du genou et de la cataracte, ce sont les trois chirurgies qui étaient ciblées pour avoir un délai de moins de six mois, bien on est... pour chacune de ces chirurgies-là, on est en haut de 90 % partout. La hanche, on est à 96 % de réussite, le genou, à 94 %...

**M. Chevarie:** Ce qui veut dire à l'intérieur du délai de six mois.

**Mme Couture (Martine):** À l'intérieur du délai de six mois. Puis il y a tout un... Puis pourquoi il y aurait un 4 % qui subsiste? Bien là, c'est le travail des gens qui sont les gestionnaires de SIMASS, qui doivent, bon, bien, faire le... regarder dans chacun des milieux quelle est cette personne-là... — au revoir, on va faire attention dans le parc! Donc, il y a une analyse qui se fait.

SIMASS, ce n'est pas juste un système d'information, c'est un système d'information avec lequel les gens travaillent. Donc, on va évaluer: est-ce que c'est quelqu'un qui a refusé de se faire opérer mais qui est encore sur la liste d'attente, O.K.? Est-ce que c'est quelqu'un qui attend son chirurgien puis, bon, qui est encore sur la liste d'attente?

Ça fait qu'on est quand même dans des résultats en haut de... en haut de 90 % pour tout ça. Ensuite, la même chose pour les chirurgies d'un jour ou les chirurgies avec hospitalisation, parce que nos résultats aussi sont excellents par rapport aux délais d'attente. Donc, dans notre région, les chirurgies se font bien.

Il a même été question à un moment donné, pas dans l'année qui vient de s'écouler, mais — là, on est en 2009-2010 — 2008-2009, bon, qu'on puisse recevoir des gens d'ailleurs se faire opérer, parce qu'on avait une capacité de le faire. Sauf que ça, c'est autre chose, là, c'est un peu compliqué parfois pour les gens de changer de région pour se faire opérer.

**M. Chevarie:** Puisqu'on est dans les spécialités médicales, est-ce qu'il vous arrive, ou certains secteurs de votre région, d'être en rupture de services, par exemple au niveau des spécialités de base, chirurgie, anesthésie, obstétrique, psychiatrie? Est-ce que c'est... Est-ce que vous avez à faire appel à des dépannages à l'occasion, ou c'est assez rare?

● (16 h 40) ●

**Mme Couture (Martine):** C'est-à-dire que c'est selon les milieux, pour les chirurgies... les spécialités de base. Mais je vais commencer la réponse, puis, si ce n'est pas suffisant, Dr Aubin pourra compléter. Mais il y a certains milieux où on va être en rupture, en anesthésie, on en a parlé tout à l'heure, ou en chirurgie. C'est peut-être les deux spécialités où on a des risques plus souvent d'être en rupture dans des milieux qui sont des milieux plus petits, qui... Donc, il faut faire appel à la liste de dépannage. Effectivement, dans le secteur Maria-Chapdelaine, entre autres, ça, c'est le secteur Dolbeau-Mistassini, on doit parfois faire appel à des médecins dépanneurs en spécialités.

En psychiatrie, bien c'est aussi un peu la même chose, on peut avoir des difficultés d'accès liées à un problème de pénurie de psychiatres ou de psychiatres qui quittent pour un certain temps puis qui vont revenir.

Puis ça a été plus compliqué aussi en pédopsychiatrie, pour les enfants. Donc ça, on a eu à le vivre.

Ça arrive aussi qu'on... Bien, pas ça arrive, ça arrive présentement qu'on le vive aussi dans certaines spécialités qui sont plus des surspécialités. On ne pourrait pas passer sous silence les difficultés qu'on a pu... qu'on peut avoir du côté de l'hémato-oncologie, par exemple, dans le secteur de... à l'hôpital... le centre hospitalier régional, qui a un effet pour toute la région parce que c'est le seul endroit où, dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, on fait le traitement en hémato-onco. Donc, pour nous, ça a beaucoup d'impact.

Puis, notre région, on est fiers d'avoir une région qui a une forte autonomie sur le plan des spécialités. On est en mesure de traiter, au total, pratiquement 95 % de nos problématiques, O.K., de la première à la troisième ligne, ce qui est quand même assez... très bon pour une région un peu excentrique, au-delà du parc.

**M. Chevarie:** Oui. C'est un haut taux de suffisance, hein, au niveau de la région.

**Mme Couture (Martine):** D'autonomie. Mais souvent c'est lié à quelques personnes. Quand on regarde, on est autonomes, oui, en hémato-oncologie, mais on a 1,4 spécialiste pour le faire, et un à temps complet, donc...

**M. Chevarie:** Tantôt, vous avez abordé... vous avez abordé le sujet de la dénaissances avec ma collègue de Matapédia. Moi, je vais vous emmener à l'autre bout de la vie. Bon. On sait que la naissance, c'est très... extrêmement important, mais vivre sa fin de vie, c'est aussi important, et surtout dans les meilleures conditions, avec dignité, et j'aimerais savoir quel genre d'organisation de services que vous avez dans votre région à cet effet-là.

**Mme Couture (Martine):** Donc, la région, en programme oncologie, on est... la gamme est pas mal présente en termes de services en externe, les services de traitement. Je vais y aller plutôt dans l'ordre: à domicile, les services externes, le traitement en milieu du soin comme tel, en milieu hospitalier, et puis, en fin de vie, les gens peuvent avoir un choix entre un milieu hospitalier ou une maison de soins palliatifs. Dans notre région, on compte quand même quatre maisons de soins palliatifs, donc c'est quand même... c'est quand même beaucoup.

**M. Chevarie:** Est-ce qu'ils sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux?

**Mme Couture (Martine):** Bien, c'est le même mode de financement qui est prévu...

**M. Chevarie:** Un peu partout.

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui. C'est le financement par lit, donc... Mais, dans certaines maisons de soins palliatifs, aussi, il y a beaucoup de bénévolat. Donc, il y a aussi cet aspect-là. Mais on est dans l'ordre de financement... puis par leur propre... bien, pas fondation, mais, je veux dire, organisation, là, pour faire des levées de fonds aussi.

**M. Chevarie:** C'est des organismes communautaires, ça, c'est ça? Des OSBL?

**Mme Couture (Martine):** Oui, oui, oui. Tout à fait. Donc, on a ce... On a des infirmières pivots en oncologie, qui sont présentes. On a des programmes de soutien à domicile spécialement pour l'oncologie aussi. Donc, la gamme est quand même très complète puis assez... Puis les CSSS ont mis beaucoup, beaucoup de volonté à développer leur programme de soins palliatifs à domicile basé sur une même... une garde 24 heures. Par Info-Santé, on a... les gens peuvent être inscrits à la garde 24 heures, 24-7. Donc, s'il y a un problème qui se passe durant la nuit, il y a une ligne directe avec Info-Santé, qui rentre en lien avec les infirmières qui sont de garde ou... Donc, il y a un système qui est extrêmement bien organisé dans la région.

Puis, encore là, dans ça, la concertation régionale, ça a encore été une clé. On a fait le travail pour investir aux bons endroits. Quand ça a été le temps d'investir pour les infirmières pivots, on ne pouvait pas en mettre partout au même moment. Il y a eu vraiment un travail de concertation pour pouvoir choisir où est-ce qu'on met pour commencer, puis travailler sur une base très, très, très, je dirais, précise avec les sommes d'argent dont on dispose.

**M. Chevarie:** Il me reste peu de temps. J'ai à choisir entre trois, quatre questions, mais je vais y aller avec...

**Mme Couture (Martine):** Ah oui? Voulez-vous que je vous aide?

**M. Chevarie:** ...des personnes qui vivent à domicile. Je pense que ça a été un peu abordé, mais j'aimerais revenir plutôt sur le Programme d'adaptation du domicile, particulièrement pour les personnes à mobilité réduite, les personnes qui ont besoin de réadaptation fonctionnelle intensive mais qui reviennent à domicile, puis souvent des deux étages ou encore la salle de bain qui n'est pas conforme, ainsi de suite. Et on a une rareté au niveau d'un professionnel qui s'appelle l'ergothérapeute, et souvent cette personne-là est une personne clé dans l'évaluation et les ententes avec la SHQ, je pense. J'aimerais savoir comment ça se comporte dans votre région, parce que, Gaspésie—Les Îles, on a eu un petit peu de difficultés. On est en voie de trouver des solutions, là. Comment ça va chez vous dans ce secteur-là?

**Mme Couture (Martine):** Bien, c'est difficile. Je ne sais pas, je ne pourrais pas comparer avec votre région parce que je ne connais pas les chiffres, mais, en ce qui nous concerne, le Programme d'adaptation de domicile, je vous dirais, a toujours été un programme difficile. J'étais antérieurement gestionnaire de soutien à domicile, puis le programme PAD, comme on l'appelait, ça a toujours été un programme qui a été difficile à faire rouler, pour différentes raisons. Parfois, l'argent n'arrivait pas. Parfois, c'était trop long d'avoir les plans. Mais parfois, souvent, on n'avait pas l'ergothérapeute pour faire la proposition. Donc, dans... Pour nous — j'ai quelques chiffres ici — ça demeure un programme qui est difficile.

On a investi pour faire diminuer des listes d'attente. On y avait réussi, mais les dossiers s'ajoutent. Alors, présentement on a quand même 99... 99! 299 dossiers qui sont en attente pour notre région. Alors, on considère que c'est beaucoup. Puis on considère que c'est un programme qui est en difficulté, majoritairement parce qu'on n'a pas

suffisamment de ressources en ergothérapie pour faire le travail. Il y a des territoires où on n'a pas de mandataire. C'est un processus parfois qui est lourd aussi. Ça serait à se questionner est-ce qu'il n'y aurait pas lieu de trouver une façon d'alléger le processus, parce que ce n'est pas uniquement une question de ressources, sûrement. Mais c'est un programme... C'est ça, c'est difficile.

Puis, quand on sait le temps passé par quelqu'un qui est en perte d'autonomie qui a besoin d'une adaptation de son domicile... S'il n'en avait pas besoin, il ne serait pas en attente pour une adaptation. Donc, il en a besoin, il en a besoin jour après jour. Mais ça demeure un programme qui est difficile, qui peut... Il faut bien le reconnaître.

**M. Chevarie:** Je vais terminer avec un commentaire. D'abord, au nom de mes... En mon nom personnel, et au nom de mes collègues ici, et au nom du ministre, je vous remercie d'être présents aujourd'hui, et vous féliciter aussi pour l'ensemble du réseau de services que vous déployez auprès de votre communauté, et aussi tout le travail que vous allez sûrement déployer également, et les énergies, pour encore porter la qualité plus haute encore qu'elle est actuellement dans votre région en termes de services et de soins. Merci.

**Mme Couture (Martine):** Ah! bien, merci beaucoup. Je peux me permettre de dire que c'est vraiment un travail d'équipe. L'équipe, vous en voyez une partie ici, il y en a une grande... la plus grande partie est au... est chez nous. Et, dans les établissements, il se fait un travail fantastique.

**Le Président (M. Kelley):** Il reste un bloc de 15 minutes, et je vais céder la parole au député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Alors, Mme Couture, je vais demander votre collaboration pour qu'on puisse couvrir le plus grand territoire possible.

Sur le projet pilote, avez-vous fait une évaluation écrite qui est...

**Mme Couture (Martine):** Projet pilote de?

**M. Drainville:** Projet pilote en matière de financement des services de chirurgie, là, entre autres.

**Mme Couture (Martine):** Ah! O.K., O.K., Oui, oui, coûts par cas, oui.

**M. Drainville:** Un projet pilote important, ça, vous le savez?

**Mme Couture (Martine):** Oh oui!

**M. Drainville:** Alors, est-ce qu'il existe quelque chose, à part, là, les quelques lignes que vous nous avez données dans votre présentation, là? Avez-vous fait une évaluation de ce que ça a changé dans vos modes de gestion? Quel est le pourcentage de votre financement, par exemple, qui provient des activités plutôt que de la base historique? Est-ce que ça existe, ça?

**Mme Couture (Martine):** Bien, je vais commencer la réponse, M. Drainville, puis peut-être, si ce n'est pas

suffisant, M. Simard, qui est notre chef, notre chef pilote dans ça, il pourra compléter.

Donc, ce que vous posez comme question, d'abord ce n'est pas terminé. On est encore en période de... Le projet pilote d'analyse des coûts par cas dans les épisodes de chirurgie, ça se continue. Ça a commencé avec l'hôpital... le CSSS de Chicoutimi, dans son volet hospitalier, ça se continue avec les autres milieux aussi. Et donc, oui, on est en mesure d'isoler ce qui est sur base historique, ce qui est lié à quoi, on est en mesure de l'isoler déjà. On a déjà des textes.

**M. Drainville:** Donnez-moi une idée.

**Mme Couture (Martine):** On pourrait...

**M. Drainville:** Donnez-moi...

**Mme Couture (Martine):** On pourrait avoir... Oui. Ça, ça va être Gilles qui va... M. Simard qui va pouvoir vous le donner. Ce qu'on pourrait vous donner certainement, c'est l'état de situation, d'où on est rendu dans le travail qu'on a fait jusqu'à maintenant. Ça fait déjà quelques années qu'on est sur le dossier. Ce n'est pas simple, mais c'est très porteur. Puis, là-dessus, pour ne pas trop prendre de votre temps — vous m'avez demandé ma collaboration, hein — je vais demander à M. Simard...

**Le Président (M. Kelley):** M. Simard.

**Mme Couture (Martine):** ...de continuer.

● (16 h 50) ●

**M. Simard (Gilles):** Alors, peut-être, là, en résumé, c'est qu'un premier impact, c'est bien sûr que ce travail-là a nécessité un travail de collaboration important entre les cliniciens et puis les gens des finances. Pour bien comprendre... Parce que là on essaie de détailler un coût par cas au niveau de la chirurgie, mais on le fait pour l'ensemble des activités de la région. Donc ça, c'est en cours.

Et, à partir de décembre 2009, on recommence à avoir, comme on dit, la matrice de données de coûts par cas en chirurgie. Il faut comprendre qu'il y a au-delà... de plus de 1 000 chirurgies qu'on peut caractériser, différentes, auxquelles il faut associer tous les coûts possibles, que ce soit avant la chirurgie, après la chirurgie, de laboratoire, pour dire: Bien, c'est ça que ça a coûté en laboratoire pour telle chirurgie, etc. Donc, il faut voir la matrice, elle est excessivement grande et longue.

Pour l'instant, c'est qu'on peut... On suit quand même depuis quelques années... Depuis 2004-2005, notre région, on a commencé à faire de l'allocation sur, on peut dire, un coût par cas, mais surtout avec un coût moyen sur tous les budgets de développement, et, à chaque fin d'année maintenant, on fait un suivi, un rectificatif de fin d'année. Alors, pour la chirurgie, comme on le fait sur les coûts... sur les chirurgies additionnelles à partir de 2002-2003, ça veut dire qu'on fait un suivi sur l'ensemble. Et ça, ça représente, grosso modo, 30 millions pour notre région, pour le volume de chirurgies. Pour ce qui est des autres dossiers spécifiques, alors là on le fait depuis 2004-2005 à peu près à un coût de... à peu près au niveau de 14 à 15 millions par année. Alors, on peut dire qu'actuellement on suit à peu près 50 millions sur 674 millions, qui sont faits par des... sont suivis par un objectif de résultat, et,

à la fin de l'année, on mesure l'objectif de résultat et non pas sur la dépense. Alors ça, on a fait ça. Ça s'est fait petit à petit, mais c'est là qu'on en est rendus actuellement.

**M. Drainville:** 50 millions sur 650, disiez-vous?

**M. Simard (Gilles):** Sur 675. Mais ce qu'il faut comprendre là-dedans, c'est qu'on comprend qu'on nous avait ciblé... Pour la chirurgie, ça représente 30 millions, mais on va plus loin que ça, on en a fait d'autres.

**M. Drainville:** O.K. Mais est-ce que ça... D'abord, les documents, vous pourrez les déposer à cette commission, s'il vous plaît?

**M. Simard (Gilles):** C'est qu'on n'a pas encore publié les matrices, là.

**M. Drainville:** Même si c'est des évaluations préliminaires, là, pour qu'on ait au moins une idée d'où vous en êtes. C'est possible?

**M. Simard (Gilles):** Oui, ça, c'est possible. Tout a fait.

**M. Drainville:** Bon. Parce que, moi, dans le fond ce que je veux savoir, c'est: Quel est le pourcentage de votre financement qui est maintenant basé sur vos activités et non pas sur votre base historique? Le savez-vous, ça, actuellement, même si c'est une approximation?

**M. Simard (Gilles):** Oui. Bien, autour de 50 millions actuellement.

**M. Drainville:** O.K. Mais donc est-ce que ça veut dire que ce chiffre-là... Si ça avait continué sur une base historique, est-ce que ce chiffre-là serait plus élevé que 50? En d'autres mots, est-ce que le financement par activités vous a permis d'obtenir une hausse de votre financement pour le secteur concerné, là?

**M. Simard (Gilles):** Non. On comprend que ça se fait... Ce financement-là se fait uniquement entre l'agence et les établissements, O.K.? Avec le ministère, on a quand même... Le mode d'allocation est le même que les autres régions. Alors là, on travaille entre l'agence et les établissements. Donc, on est en train de parfaire le modèle d'allocation. C'est ça qu'il faut comprendre actuellement.

**M. Drainville:** O.K. Mais donc vous recevez... Je veux juste être sûr que je comprenne bien, là. L'agence reçoit un budget...

**M. Simard (Gilles):** Oui.

**M. Drainville:** ...et ce budget-là, il est alloué aux établissements selon leur volume d'activité et non pas selon le volume historique... enfin, selon la base historique.

**M. Simard (Gilles):** C'est-à-dire qu'on reçoit, comme les autres régions, un budget régional pour l'ensemble des programmes. Et, pour certains éléments de ces programmes-là, entre autres en santé physique, on le fait sur la base d'un coût moyen ou un coût par cas,

dépendamment là où on est rendu. Donc, en chirurgie, bien je pense qu'une hanche, c'est un coût moyen. Et, dans d'autres domaines, par exemple, ça va être en fonction du niveau de visites en CHS... en soutien à domicile, ou etc. On est allé un peu plus loin dans d'autres domaines. Mais ce n'est pas une méthode qui est complètement définitive à ce moment-ci.

**M. Drainville:** Non, ça, je comprends. Mais, pour le moment, ça ne concerne que les activités d'un établissement, c'est-à-dire Chicoutimi?

**M. Simard (Gilles):** De tous... C'est-à-dire que... de tous les établissements, pour ce qui est de l'ensemble des programmes, quand on prend Soutien à domicile ou autre. Pour ce qui est de la chirurgie, c'est que Chicoutimi a été notre établissement qui nous a permis de développer le modèle. Et actuellement, à partir de l'automne 2009, les établissements CSSS de Jonquière, Lac-Saint-Jean-Est et Roberval ont embarqué dans le processus graduellement, parce que c'est un virage majeur, et c'est long à faire.

**M. Drainville:** O.K. Mais alors, pour ces établissements-là, alors, est-ce que ça a été, comment dire... ils auraient reçu des sous, ces établissements-là, pour les chirurgies qu'ils auraient faites, hein...

**M. Simard (Gilles):** Oui. Tout à fait.

**M. Drainville:** ...dans le mode traditionnel? Bon. Là, ils vont recevoir un financement qui est proportionnel à l'activité et non pas à la base historique, à ce qu'ils auraient reçu traditionnellement ou historiquement.

**M. Simard (Gilles):** Oui. Bien, c'est-à-dire qu'on a une situation d'un établissement qui a eu une baisse de volume, et donc il a reçu un budget qui est moindre.

**M. Drainville:** O.K. Alors que, dans le mode traditionnel, il aurait reçu, grosso modo, à 98 %, le même budget?

**M. Simard (Gilles):** C'est ça, c'est ça.

**M. Drainville:** Donc, pour certains établissements, ça a voulu dire... ou ça... Ça a voulu dire déjà une baisse de leur financement?

**M. Simard (Gilles):** Oui. Oui, oui Puis de façon importante pour un. Et donc, pour d'autres, c'est en fonction de l'augmentation du volume, il y a un budget additionnel, puis, s'il y a une baisse de volume, il y a une baisse de budget.

**M. Drainville:** Bon, est-ce que... Alors ça, il faut que vous nous envoyez ça, là.

**M. Simard (Gilles):** Oui, on peut...

**Des voix:** ...

**M. Drainville:** Non, mais c'est important parce que...

**Le Président (M. Kelley):** ...17 heures.

**M. Drainville:** ...parce que ce qu'on veut savoir... ce qu'on veut savoir, c'est, dans l'établissement où il y a eu une baisse de financement parce qu'il y a eu une baisse de volume, quelle a été la réaction de l'établissement? Est-ce qu'il y a... Est-ce que vous notez qu'il y a... je ne sais pas, moi, les équipes, le personnel, la direction disent: Écoute, ça n'a pas de bon sens, on va se... on va trouver des façons d'augmenter notre volume, on va se donner des moyens d'être plus efficaces? Est-ce que vous voyez une réaction?

**M. Simard (Gilles):** Bien, on comprend... Oui, la première année est un peu plus difficile. Après ça, bien je pense que l'adaptation se fait à l'intérieur. C'est pour ça que je dis: Il y a une gestion du changement à faire. Et je comprends que, la première année où il faut faire ce mouvement-là, c'est un peu plus difficile. Parce qu'il reste que, même s'il y a une baisse de volume, il n'y a pas nécessairement une flexibilité, là, au niveau des heures travaillées, ou autres. On comprend que, les gens, on peut les déplacer. Alors, ça amène une complexité qu'il faut gérer dans le temps.

**M. Drainville:** Mais est-ce que vous sentez que c'est un mode de financement qui a... qui pourrait d'abord s'appliquer à l'ensemble des activités, disons, de la partie santé du réseau, là? Je ne veux pas trop rentrer dans les services sociaux, parce que c'est déjà autre chose, mais, dans le fonctionnement des CSSS, par exemple, est-ce que ça pourrait être, pour la partie... pour une bonne partie du financement, la façon de faire qui devrait s'appliquer de plus en plus à l'avenir?

**M. Simard (Gilles):** Je vais être prudent là-dessus. Et je veux juste vous citer... Tout à l'heure, dans le discours de Mme Couture, on a fait état de 186 000 situations de cas d'urgence, et ça veut dire qu'il faudrait caractériser les 186 000 cas. Alors, il faut faire attention, dans la démarche, à ce que le nouveau système devienne plus lourd et moins... dans le fond que l'économie qu'on... ou l'amélioration qu'on peut en compter sur le suivi très détaillé nous amène à créer un système très lourd de suivi. Alors ça, c'est là qu'on est en train d'évaluer notre démarche actuellement.

**Le Président (M. Kelley):** Mme Couture, juste une courte nuance? C'est ça, ou... O.K.

**Mme Couture (Martine):** Non, ce n'est pas une nuance, c'est pour compléter avec la question que vous avez posée. Effectivement, un établissement reçoit moins dans son volet de chirurgie...

**M. Drainville:** S'il fait moins de chirurgies.

**Mme Couture (Martine):** ...s'il fait moins de chirurgies, bien oui. Ce qu'il faut voir avec ça, ce qu'on fait comme région, c'est qu'on se place d'une perspective régionale pour offrir... pour se permettre de financer ce qui est fait. Et, si un volume ou un volet n'est pas fait, cet argent-là devrait nous servir, si on se place dans une perspective régionale, à financer ou à préparer un projet. On y va sur une base très large, là, très, très, très large. Donc, c'est là la nuance. Et la réaction des établissements, le choc. Mais aussi, comme on est habitués à travailler avec concertation

ou, en tout cas, sur une base globale, ça nous permet justement d'aller plus loin parfois dans d'autres domaines.

**M. Drainville:** Ah bien! là, on s'entend là-dessus. Moi, je ne propose pas que, si vous gérez plus efficacement, vous soyez pénalisés pour ça. Au contraire...

**Mme Couture (Martine):** Non. Non, je comprends.

**M. Drainville:** ...moi, je pense que, si une institution gère mieux...

**Une voix:** Il faut qu'elle soit récompensée.

**M. Drainville:** ...il faut qu'elle soit récompensée. Donc, si effectivement il y a des économies qui sont générées grâce à la meilleure efficacité qui peut être induite, entre autres, par ce nouveau financement par activités, il faut justement envoyer un signal clair aux établissements qui s'engagent là-dedans: si vous réussissez, on va vous permettre de garder les sous et de les réinvestir ailleurs dans votre établissement.

**Mme Couture (Martine):** Ou ailleurs... ou ailleurs en... C'est... Il faut se placer... il faut se placer dans une perspective globale, mais on n'est pas rendus encore assez loin, mais on se place globalement. Ça peut être ça, comme ça peut être sur un autre programme pour le même établissement. Ça, c'est vraiment un mouvement...

**M. Drainville:** Oui, mais, moi, je pense que... C'est parce que là on rentre dans une discussion un peu plus philosophique, là. Mais, moi, je pense que...

**Mme Couture (Martine):** Vous trouvez?

● (17 heures) ●

**M. Drainville:** Et on va rentrer en fait sur le rôle de l'agence — il nous reste seulement quelques minutes — vous avez sans doute entendu comme moi, là, les commentaires et autres déclarations qui ont été faits sur le rôle des agences au cours des derniers jours. Ça part, tout ça, d'un rapport qui a été commandé par l'actuel gouvernement, qui dit essentiellement que c'est... *Le Québec face à ses défis*, comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, et qui dit, grosso modo, que la structure actuelle, elle est très lourde parce qu'on a un ministère qui est une structure imposante, on a les agences qui, selon le rapport, sont effectivement assez lourdes — je ne sais pas s'ils utilisent ce mot-là, mais c'est certainement ce qui a été rapporté — et on a les CSSS qui ont été créés, qui sont effectivement un troisième niveau qui a son poids.

Et la discussion qui a été lancée par ce rapport, c'est à l'effet qu'on pourrait se permettre... Maintenant qu'on a créé les CSSS, qu'on a créé cette structure de gestion qui est plus près du terrain, qui met en lien les différentes institutions, et tout ça, on pourrait se permettre de décentraliser et donc de réduire le rôle des agences à un rôle essentiellement de coordination. Mais on pourrait les alléger considérablement et en donner davantage... donner davantage de responsabilités et... de responsabilités, effectivement, et éventuellement d'effectif aux CSSS.

Et c'est pour ça que là j'en reviens à la gestion par les CSSS. Si on prend pour acquis qu'il faut rapprocher du terrain la gestion et les incitatifs à la bonne gestion, à

ce moment-là, s'il y a des économies qui sont générées par la bonne gestion aux CSSS, elles devraient rester aux CSSS et ne pas aller récompenser une autre institution ou un autre établissement dans la même région. Parce qu'à ce moment-là quel est l'intérêt des gens de l'hôpital à travailler fort pour essayer de... d'améliorer l'efficacité de leur établissement? Alors, sur le rôle des agences, quand vous entendez tout ce débat-là, vous, qu'est-ce que vous... comment vous réagissez? Puis là ne commencez pas de la même façon que les autres ont commencé, je le dis en tout respect. C'est parce qu'ils... ils prennent ça comme un... ils prennent ça comme un...

**Mme Couture (Martine):** Je ne les ai pas entendus.

**M. Drainville:** Ah non? Bon, bien, écoutez, je vous résume. Quand je pose cette question-là, ils ont... ils semblent interpréter ça comme une remise en question de la coordination régionale qui doit exister. Moi, je suis d'accord qu'il faut absolument qu'il y ait une coordination régionale. La question est de savoir: Est-ce que c'est les agences actuelles, avec les budgets et les effectifs qu'ils ont actuellement, qui est le plus à même de bien jouer ce rôle de coordination régionale? Est-ce qu'il n'y aurait pas, par exemple, moyen d'avoir une structure beaucoup plus légère qui ferait ce travail-là et qui nous permettrait de décentraliser vers les CSSS?

**Le Président (M. Kelley):** Mme Couture.

**Mme Couture (Martine):** Oui. Vous...

**M. Drainville:** Je ne vous surprends pas avec la question?

**Mme Couture (Martine):** Non, non, non.

**M. Drainville:** Non? O.K.

**Mme Couture (Martine):** Non, vous ne me surprenez pas. Vous ne me surprenez pas du tout. Vous abordez par le volet de coordination régionale et vous mettez en parallèle la légèreté de la structure de coordination. Moi, je vais plutôt le prendre d'une autre façon. Je ne sais pas si c'est comme les autres... les collègues, mais le rôle des agences, au fond, il a été induit par la loi de 2004, par l'arrivée précisément d'une décentralisation avec une gouverne à trois paliers, le national, le régional, le local, qui permet d'avoir un niveau, qui est celui des agences, le nôtre, actuellement, qui fait quoi? qui permet l'attribution des budgets, l'organisation des services, la coordination régionale, un mécanisme d'arbitrage, donc de s'occuper des affaires d'une région sur le plan de la santé et des services sociaux.

Les réseaux locaux, j'en ai parlé tout à l'heure dans une des réalisations où les réseaux locaux, avec l'instance locale qu'est le CSSS, a la responsabilité totale et entière de l'organisation des services, c'est son travail. Et ensuite on a un besoin, j'en parlais aussi, d'une forme de hiérarchisation des services, le mot générique, c'est-à-dire toute l'organisation des corridors de services à l'intérieur même d'une région, puis de l'arbitrage à l'intérieur de la région.

Donc, est-ce que les agences sont trop lourdes, entre guillemets, pour le rôle qui leur est attribué? C'est

sûr qu'en ce qui me concerne je n'ai pas, moi, comme P.D.G. d'une agence, l'impression que notre entité ou notre organisation est lourde, parce que ce que nous avons à faire y est bien décrit, puis on le fait... Bon, comme j'ai dit tantôt, ça fait cinq ans, on le fait au meilleur de notre connaissance. Puis il faut toujours prendre en compte que notre système, il est institué en fonction d'une gouverne à trois paliers. Il faudrait faire le...

**M. Drainville:** C'est ça, mais il y en a qui remettent ça en question...

**Mme Couture (Martine):** Qui remettent en question là...

**M. Drainville:** ...qui disent: Deux paliers seraient suffisants. Et c'est ça que l'OCDE a fait.

**Le Président (M. Kelley):** Dernière question parce qu'on a déjà épuisé notre temps.

**Mme Couture (Martine):** Bien, dans ce que vous disiez tout à l'heure, il y aurait peut-être une coordination régionale à assurer, mais par un autre... une autre mécanique. Alors, ce sur quoi on est sur la même longueur d'onde, c'est qu'il y a une coordination régionale qui semble être nécessaire. Avec tout ce qu'on vous a présenté aujourd'hui, région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, vous êtes certainement à même de vous rendre compte que le travail qu'on a fait nous a permis de régler nos difficultés entre nous, de trouver des nouvelles façons de travailler sur les budgets, de trouver une nouvelle façon d'organiser nos services — là, je pense à Info-Social, mais ce n'est pas nous, nous, agence, mais la région s'est permis ça — la façon dont on a parlé de la PMO, par exemple, planification de main-d'oeuvre. Ça fait que...

**M. Drainville:** Mais votre budget de fonctionnement comme agence?

**Mme Couture (Martine):** Ah! on est à 7 millions. C'est à peu près 1 % de... Les budgets des agences, c'est 1 % de... du total, du global. Alors, nous autres, ça nous équivaut à ça, 7 millions de dollars.

**M. Drainville:** Est-ce que ça...

**Le Président (M. Kelley):** Et malheureusement... parce que vraiment on est...

**Mme Couture (Martine):** Mais on considère beaucoup de choses dans le 7 millions.

**Le Président (M. Kelley):** ...«out of time».

**Mme Couture (Martine):** SPU, c'est là-dedans aussi, services préhospitaliers d'urgence, c'est dans ça.

**M. Drainville:** Je suis sûr que le ministre va apprécier les réponses, par contre, M. le Président, mais je... je... Juste vite, vite, vite, est-ce que ce budget-là, le budget de fonctionnement, l'argent qui est dédié au fonctionnement de l'agence, est-ce que ça a augmenté ou ça a diminué depuis la création des CSSS?

**Mme Couture (Martine):** Bien, il y a une progression qui n'a pas... Proportionnellement, ça n'a pas augmenté. La progression, elle est là pourquoi? Elle est là avec les indexations annuelles, et autres. Mais il n'y a pas eu une augmentation massive du nombre d'employés d'agence. En fait, non, vraiment pas. On a même peut-être un petit peu moins de monde qu'on en avait antérieurement. Puis le budget dont je vous parle, c'est un budget qui n'est pas uniquement sur l'administration régionale. Notre budget de services préhospitaliers d'urgence est à... il est en fait...

**Mme Doyer:** Il est inclus dans votre budget.

**Mme Couture (Martine):** Non, non, non, il n'est pas inclus. Excusez. Excusez. Non, non, non. L'agence, on est à 2 millions. Excusez-moi, j'avais additionné autre chose avec.

**M. Drainville:** Écoutez, malheureusement, il nous manque du temps...

**Mme Couture (Martine):** 2 millions. Excusez-moi, je me suis trompée.

**M. Drainville:** ...mais c'est bien 600 millions. Ils disent que... dans le rapport, hein, la double...

**Mme Couture (Martine):** La région? Oui, oui, oui.

**M. Drainville:** ...la double structure, là, une structure centrale, le ministère de la Santé et les 15 agences, cette double structure a un coût direct estimé, en 2009, à 600 millions par année. Alors, ils laissent entendre que, si on réglait ce problème de double structure, on épargnerait 600 millions. C'est pour ça que ça s'est retrouvé dans le contexte du... des difficultés budgétaires que nous vivons et du prochain budget qui doit être déposé. Évidemment, quand on lit un truc comme ça, bien tu te dis, oui...

**Mme Couture (Martine):** En même temps, le 600 millions, sur une base régionale, est-ce qu'il sera totalement disparu, ou, selon toute vraisemblance, la coordination régionale demeure une fonction qui serait nécessaire, l'attribution et autres... et les arbitrages, et autres? Donc, il y a un débat. Moi, je reviens toujours à la constitution même de notre système actuel, avec sa gouverne à trois paliers. C'est beaucoup plus large qu'un seul niveau de gouverne.

**M. Drainville:** Merci de vous être déplacés, à tout le monde, et, bien, bonne chance pour la suite des choses.

**Mme Doyer:** Merci beaucoup.

#### Document déposé

**Le Président (M. Kelley):** Il me reste, pour moi, le... un item... l'intendance de dépôt formel du document réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est-à-dire l'allocation de la présidente-directrice générale est maintenant déposée.

Merci aux deux de nos personnes qui travaillent à notre service de recherche, Julie Paradis et Robert Jolicoeur, pour la préparation des documents à l'intention des membres de la commission.

Mme Couture et votre équipe, merci beaucoup. Moi, j'ai présidé la Commission de l'éducation il y a six ans, et c'est la première fois que j'ai entendu parler du CREPAS. Et quel bel exemple d'une région qui travaille ensemble! Et je pense qu'on a vu le même esprit aujourd'hui dans votre travail, dans votre région, la coordination que vous avez faite avec d'autres partenaires dans la région.

Je suis moins vite que le député de Lévis. Moi aussi, j'ai fait la véloroute des bleuets, mais dans trois jours.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Kelley):** J'ai pris le temps pour la soupe aux gourganes, et la tarte aux bleuets, et toutes les autres choses, et j'ai fait ça avec mon père qui avait à l'époque 80 ans. Alors, nous avons beaucoup aimé notre... de pédaler dans la région.

Mais c'est... je suis toujours impressionné par la région et votre capacité de concertation entre des... les divers partenaires. Alors, merci beaucoup. Merci pour votre présence ici. Soyez prudents dans le parc en retournant chez vous.

Et, sur ce, la Commission de la santé et des services sociaux ajourne ses travaux au 4 février, 9 h 30, dans cette même salle, afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Merci beaucoup. Bonsoir.

*(Fin de la séance à 17 h 8)*